

# DIPLÔME INFIRMIER

# IFSI

# Tout SUR L'UE 4

## en fiches MÉMOS

SCIENCES et TECHNIQUES  
INFIRMIÈRES / Interventions

- UE 4.1 Soins de confort et de bien-être
- UE 4.2 Soins relationnels
- UE 4.3 Soins d'urgence
- UE 4.4 Thérapeutique et contribution au diagnostic médical
- UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques
- UE 4.6 Soins éducatifs et préventifs
- UE 4.7 Soins palliatifs et fin de vie
- UE 4.8 Qualité des soins, évaluation des pratiques

**Un concentré  
d'efficacité !**

 **FOUCHER**





©Editions **FOUCHER**

EAN 9782216130078

11 rue Paul Bert

92247 Malakoff Cedex

2014

Composition et publication électronique  
Maury Imprimeur



# SOMMAIRE

## UE 4.1 Soins de confort et de bien-être

- >>> Mémo 1 - Principes et valeurs des soins infirmiers
- >>> Mémo 2 - Le bien-être selon les contextes et les cultures : dignité, pudeur, intimité
- >>> Mémo 3 - Soins de bien-être et de confort
- >>> Mémo 4 - Généralités sur l'hygiène du corps
- >>> Mémo 5 - L'équilibre alimentaire
- >>> Mémo 6 - Escarre
- >>> Mémo 7 - Lever et aide à la mobilisation
- >>> Mémo 8 - L'ergonomie dans les soins
- >>> Mémo 9 - Les bonnes pratiques et la sécurité des soins

## UE 4.2 Soins relationnels

- >>> Mémo 10 - La communication
- >>> Mémo 11 - Les valeurs soignantes propres à la communication
- >>> Mémo 12 - Les outils de la communication
- >>> Mémo 13 - Les techniques de communication
- >>> Mémo 14 - Les différents entretiens en soins relationnels
- >>> Mémo 15 - La relation soignant-soigné
- >>> Mémo 16 - La gestion de l'agressivité
- >>> Mémo 17 - Le toucher dans les soins : intérêt dans la relation thérapeutique

## UE 4.3 Soins d'urgence

- >>> [Mémo 18 - L'alerte](#)
- >>> [Mémo 19 - Urgences vitales](#)
- >>> [Mémo 20 - La prise en charge des urgences potentielles](#)
- >>> [Mémo 21 - Les risques collectifs](#)
- >>> [Mémo 22 - Plans de secours](#)
- >>> [Mémo 23 - Démarche de soins en situation d'urgence](#)
- >>> [Mémo 24 - L'accueil des familles en situation de crise ou/et d'urgence](#)
- >>> [Mémo 25 - Les acteurs de l'urgence](#)
- >>> [Mémo 26 - Rôle de l'infirmier au service des urgences](#)

## UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical

- >>> [Mémo 27 - Cadre thérapeutique](#)
- >>> [Mémo 28 - Activités thérapeutiques et sociothérapeutiques](#)
- >>> [Mémo 29 - Moyens d'isolement, de contention](#)

### ***Principes et règles de préparation***

- >>> [Mémo 30 - Préalables au soin](#)
- >>> [Mémo 31 - Vérification d'une prescription médicale](#)
- >>> [Mémo 32 - Principes généraux de réalisation du soin](#)

### ***Actes diagnostique, préventifs ou de surveillance***

- >>> [Mémo 33 - Mesure des paramètres](#)
- >>> [Mémo 34 - Bilan des entrées/sorties et compensations](#)
- >>> [Mémo 35 - Prélèvements](#)



>>> [Mémo 36 - Préparation préopératoire ou en vue d'un examen](#)

>>> [Mémo 37 - Surveillance post-opératoire](#)

>>> [Mémo 38 - Surveillance d'un dispositif d'immobilisation](#)

### ***Pansements et sutures***

>>> [Mémo 39 - Réfection d'un pansement](#)

>>> [Mémo 40 - Ablation de sutures](#)

### ***Administration de thérapeutiques***

>>> [Mémo 41 - Injections parentérales](#)

>>> [Mémo 42 - Seringues auto-pulsées et pompes volumétriques](#)

>>> [Mémo 43 - Oxygénothérapie](#)

>>> [Mémo 44 - Aérosolthérapie](#)

### ***Voies d'abord***

>>> [Mémo 45 - Voie veineuse périphérique](#)

>>> [Mémo 46 - Chambre à cathéter implantable \(CCI\)](#)

>>> [Mémo 47 - Canule trachéale](#)

### ***Transfusion sanguine***

>>> [Mémo 48 - Don du sang](#)

>>> [Mémo 49 - Groupes sanguins érythrocytaires : systèmes ABO, Rhésus, Kell](#)

>>> [Mémo 50 - Compatibilité transfusionnelle](#)

>>> [Mémo 51 - Accidents transfusionnels](#)

>>> [Mémo 52 - Bonnes pratiques transfusionnelles](#)

### ***Drainages***

>>> [Mémo 53 - Moyen mnémotechnique des « PIEDS »](#)

- >>> [Mémo 54 - Drain de Redon](#)
- >>> [Mémo 55 - Sondage vésical](#)
- >>> [Mémo 56 - Surveillance d'un drain pleural](#)

#### **UE 4.5** [Soins infirmiers et gestion des risques](#)

- >>> [Mémo 57 - Gestion des risques : les concepts](#)
- >>> [Mémo 58 - La gestion des risques : principes de base](#)
- >>> [Mémo 59 - Gestion des risques : contexte](#)
- >>> [Mémo 60 - Gestion des risques : une démarche institutionnelle](#)
- >>> [Mémo 61 - Gestion des risques : outils et méthodes](#)
- >>> [Mémo 62 - Les comportements à risque](#)
- >>> [Mémo 63 - Les facteurs de risques contextuels](#)
- >>> [Mémo 64 - Les vigilances sanitaires en France](#)

#### **UE 4.6** [Soins éducatifs et préventifs](#)

- >>> [Mémo 65 - La santé et la promotion de la santé](#)
- >>> [Mémo 66 - L'éducation en santé](#)
- >>> [Mémo 67 - L'éducation thérapeutique \(ETP\)](#)
- >>> [Mémo 68 - La démarche d'éducation thérapeutique](#)
- >>> [Mémo 69 - Le contrat en éducation thérapeutique](#)
- >>> [Mémo 70 - Les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé](#)
- >>> [Mémo 71 - La formation des aidants naturels](#)

#### **UE 4.7** [Soins palliatifs et de fin de vie](#)

- >>> [Mémo 72 - La fin de vie](#)

- >>> [Mémo 73 - La prise en charge des besoins](#)
- >>> [Mémo 74 - Les soins palliatifs](#)
- >>> [Mémo 75 - La prise en charge de la douleur](#)
- >>> [Mémo 76 - Les structures de prise en charge](#)
- >>> [Mémo 77 - La gestion émotionnelle des soignants face à la fin de vie](#)

#### **UE 4.8** [Qualité des soins et évaluation des pratiques](#)

- >>> [Mémo 78 - Qualité et qualité des soins](#)
- >>> [Mémo 79 - Indicateurs et critères de qualité](#)
- >>> [Mémo 80 - Les normes de bonnes pratiques](#)
- >>> [Mémo 81 - Démarche et analyse de qualité](#)
- >>> [Mémo 82 - La certification des établissements de santé](#)
- >>> [Mémo 83 - Les acteurs du développement de la qualité](#)
- >>> [Mémo 84 - L'évaluation des pratiques professionnelles](#)
- >>> [Mémo 85 - Participation des soignants à la qualité des soins](#)

# Tout sur l'UE 4

Sous la direction de Kamel Abbadi

Coordonné par Peter Crevant

Cadre de santé, formateur à l'IFSI Saint-Louis (Paris)

## Les auteurs

**Alexis Cavaillon**

Cadre de santé – Service des urgences – Hôpital Saint-Louis (Paris)

**Peter Crevant**

Cadre de santé – formateur à l'IFSI Saint-Louis (Paris)

**Sylvie Navarre**

Cadre de santé – formatrice à l'IFSI Saint-Louis (Paris)

**Céline Huriez**

Cadre de santé – Service de cardiologie – Hôpital Lariboisière (Paris)

**Sylvain Ledoux-Perriguet**

Cadre de santé – formateur à l'IFSI Saint-Louis (Paris)

**Jean-Luc Legall**

Cadre de santé – formateur à l'IFSI Saint-Louis (Paris)

**Cidàlia Moussier**

Cadre de Santé – Direction de la qualité et des usagers – CHRU (Tours) intervenante IFSI

**Lénaïck Ramage**

Cadre de santé – Service de gériatrie – Hôpital Paul Brousse (Paris)

**Coralie Ramage**

Infirmière en unité de soins palliatifs – Hôpital Paul Brousse (Paris)

**Marie-Candide Samaké**

Cadre de santé – formatrice à l'IFSI Saint-Louis (Paris)

**Houriya Zaouch**





## UE 4.1 - Soins de confort et de bien-être

- >>> [Mémo 1 - Principes et valeurs des soins infirmiers](#)
- >>> [Mémo 2 - Le bien-être selon les contextes et les cultures : dignité, pudeur, intimité](#)
- >>> [Mémo 3 - Soins de bien-être et de confort](#)
- >>> [Mémo 4 - Généralités sur l'hygiène du corps](#)
- >>> [Mémo 5 - L'équilibre alimentaire](#)
- >>> [Mémo 6 - Escarre](#)
- >>> [Mémo 7 - Lever et aide à la mobilisation](#)
- >>> [Mémo 8 - L'ergonomie dans les soins](#)
- >>> [Mémo 9 - Les bonnes pratiques et la sécurité des soins](#)

# Mémo 1

## Principes et valeurs des soins infirmiers

*« La valeur est posée comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre » (Dictionnaire Larousse).*

*La profession infirmière doit prendre en compte la personne dans sa globalité. Cela implique de soigner sans juger, sans a priori.*

*Chaque individu est unique et doit être pris en charge dans ce sens.*

*Le professionnel doit donc adapter ses connaissances pratiques et théoriques à chaque nouveau cas. C'est alors une remise en question permanente mais qui nécessite un cadre bien précis, et dans des domaines bien définis que sont les prises en charge pluridisciplinaires préventives, éducatives, curatives et palliatives.*

*S'il existe une hiérarchie liée aux compétences de chaque professionnel de santé, elle ne peut exister dans la prise en charge des patients. C'est en effet en équipe et dans un but commun qu'elle pourra être efficiente.*

### **I ♦ Les principaux textes qui encadrent la profession infirmière**

- Décret N° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 du Code de santé publique qui régit les actes professionnels infirmiers.
- L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.
- Code de déontologie du 9 février 2010 du conseil national de l'ordre infirmier.
- Loi n° 220-303 du 4 mars 2002 sur la charte du patient hospitalisé.
- Loi du 9 août 2004 de la politique de santé publique.
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Décret du 12 mars 2007 portant création du comité national de la vigilance : lutte contre la maltraitance.

### **II ♦ Les principes fondamentaux selon Virginia Henderson**

V. Henderson a posé le socle de la profession infirmière en définissant les soins infirmiers selon 14 besoins fondamentaux. Si un de ces besoins n'est pas satisfait, l'homme n'est pas « complet, entier ».

Selon elle, un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits.

#### **• Les 14 besoins fondamentaux**

- respirer,
- boire et manger,

- éliminer,
- se mouvoir et maintenir une bonne posture,
- dormir et se reposer,
- se vêtir et se dévêtir,
- maintenir la température du corps dans les limites de la normale,
- être propre et protéger ses téguments,
- éviter les dangers,
- communiquer,
- pratiquer sa religion et agir selon ses croyances,
- s'occuper et se réaliser,
- se récréer,
- apprendre.

### **III ♦ L'autonomie**

« L'autonomie c'est la capacité de faire des choses par soi-même » (Daniel Boisvert).

#### **♦ On distingue quatre formes d'autonomie : physique, psychique, sociale et juridique**

##### **• L'autonomie physique**

Faculté pour une personne d'accomplir, seule, les actes de la vie quotidienne comme marcher, manger, s'habiller ou faire sa toilette.

##### **• L'autonomie psychique**

Faculté pour une personne de réfléchir, de prendre des décisions seule comme choisir ses vêtements, donner son consentement.

##### **• L'autonomie sociale**

Faculté pour une personne d'entretenir des liens sociaux, de vivre et d'être en contact avec les autres en société.

##### **• L'autonomie juridique**

Faculté pour une personne d'appliquer et de faire appliquer seule ses droits et obligations, et de gérer ses biens.

#### **♦ La notion d'autonomie est encadrée par des textes de loi spécifiques lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient**

##### **• La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner**

« Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». C'est un texte unique de référence en matière des droits fondamentaux des patients (respect de la dignité, de la vie privée ou le droit à l'information).

##### **• La charte de la personne hospitalisée**

Inscrite dans la circulaire du 2 mars 2006, elle doit être affichée dans l'établissement de santé et remise aux usagers.

### • La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Inscrite dans la loi du 2 janvier 2002, elle regroupe les droits fondamentaux de toute personne accueillie en établissement (principe de la non-discrimination, droit à l'information, droit au respect des liens familiaux, droit à l'autonomie).

### • La charte de la personne âgée dépendante

Elle a pour objectif de reconnaître les droits et la dignité de la personne âgée devenue dépendante (droit de choisir son mode vie ou de participer aux activités).

## **IV ♦ La dépendance**

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

### ♦ L'évaluation de la dépendance

Il existe plusieurs niveaux de dépendance.

- La grille nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources) a été créée pour évaluer le degré de dépendance.
- L'évaluation a lieu sur la base de plusieurs critères qui servent à déterminer le niveau de dépendance de la personne.
- Ces niveaux sont répartis en 6 groupes dits iso ressources : De GIR 1 à GIR 6. GIR 1 est le niveau de dépendance le plus élevé.

Cette évaluation permet en particulier d'orienter la personne dépendante vers la structure la plus adaptée à ses besoins, ou d'avoir accès à la prise en charge d'aides spécifiques à domicile : l'APA (ménage, courses, hygiène...)

## **V ♦ Le secret professionnel**

Le secret professionnel est l'obligation de ne pas révéler à des tiers des informations médicales ou privées d'un patient qui, divulguées, pourraient avoir des conséquences nuisibles pour la personne.

Tout manque de respect du secret professionnel est sanctionné par l'article 226-13 du Code pénal et passible d'une année d'emprisonnement et 15 000 € d'amende.

## **VI ♦ L'empathie**

« Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. » (Dictionnaire Larousse)

Cette notion d'empathie est essentielle à la pratique professionnelle infirmière.

Elle est à opposer à la sympathie qui serait néfaste à une prise en charge objective du patient.

L'empathie est fondamentale pour la connaissance du patient.

Elle permet un réel positionnement du professionnel de santé qu'est l'infirmier(e), et la

distanciation idéale avec le patient.

## VII ♦ Bientraitance

- « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.
- Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. » (Source [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) )

Il est important de ne pas perdre de vue tous les concepts abordés dans ce chapitre et qui permettent de répondre à cette question de bientraitance. Le professionnel de santé ne doit jamais s'éloigner de ces valeurs pour ne jamais s'éloigner de la bientraitance.



## Mémo 2

# Le bien-être selon les contextes et les cultures : dignité, pudeur, intimité

**Objectifs : Respect de la personne soignée dans sa globalité.**

*« L'homme est un être unique qui a des attentes et des besoins biologiques, psychologiques, sociologiques et culturels. Un être en perpétuel devenir, en interaction avec l'environnement. Un être responsable, libre et capable de s'adapter à un tout indivisible. »*

### **I ♦ L'influence des contextes et des cultures**

Les notions et concepts abordés dans ce chapitre sont très subjectifs car liés à des perceptions personnelles et/ou collectives uniques. Ils sont tous dépendants les uns des autres, ils restent indissociables.

Les notions qui rendent la personne si singulière peuvent être (liste non exhaustive et sans ordre de priorité qui appartient à chaque être humain) : ses valeurs, sa famille, ses amis, son lieu de vie, ses habitudes, son histoire, sa culture, ses croyances, son travail...

Apprendre à connaître dans cette globalité et informer la personne dont il a la charge, facilitera toujours le soin, la communication et donc la compréhension de chacun.

C'est pour cela que le professionnel de santé doit adapter, dans la mesure du possible, la prise en charge selon chaque individu, sans aucun jugement de valeur.

Le point d'équilibre de cette prise en charge sera la rencontre entre la singularité de la personne et les obligations liées aux soins.

Il ne faut jamais que le professionnel de santé rentre dans la banalisation de ses actes qui peuvent être vécus comme intrusifs si tout ce travail n'a pas été fait en amont.

### **II ♦ Le Bien-être**

« Le bien-être est un état lié à différents facteurs considérés de façon séparée ou conjointe : la santé, la réussite sociale ou économique, au plaisir, à la réalisation de soi, à l'harmonie avec soi et les autres. » (Source Wikipédia)

« La santé est un état de complet **bien-être** physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Définition de la santé selon l'OMS).

### **III ♦ La dignité**

« La dignité se définit par le respect que mérite quelqu'un ou quelque chose »

(Dictionnaire Larousse).

Il s'agit de respecter le patient dans sa globalité, ce qui signifie selon ses valeurs, ses croyances, ses habitudes.

La dignité dans le soin, c'est également lui permettre de rester acteur de sa prise en charge.

Il doit à chaque instant, pouvoir décider de donner son accord ou non dans la poursuite des soins.

Le concept de dignité ne peut se substituer au respect de la vie, au respect de soi, et de celui d'autrui. Chaque patient est unique et doit être traité comme tel.

Exemple de prise en charge de la personne dans la dignité : la loi dite de Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle est souvent présentée comme étant la première référence officielle du « mourir dans la dignité ».

## **IV ♦ La pudeur**

« Disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles » (Dictionnaire Larousse).

Lors de la prise en charge d'une personne soignée, le soignant se doit de respecter sa pudeur. Lors d'un soin, en accord avec le patient, il faut demander aux visiteurs de ne pas rester dans la chambre. Lors d'une toilette, il faut laisser au minimum la personne dénudée. Il est toujours essentiel de fermer la porte dans ces moments. D'où l'importance de connaître suffisamment le patient.

## **V ♦ L'intimité**

« Le sentiment éprouvé par une personne que les autres doivent être exclus de quelque chose qui est son affaire, accompagné de la conviction que les autres ont le droit de faire pareil » (Définition d'Alan Bates – « Les comportements humains-concepts et application aux soins infirmiers »).

C'est la prise en compte de la singularité du patient qui permettra de respecter cette intimité si personnelle et de pouvoir la partager d'un point de vue strictement professionnel.

# Mémo 3

## Soins de bien-être et de confort

### **Le confort :**

« Ensemble des commodités, des agréments qui produit le bien-être matériel ; bien-être en résultant. »

« Tranquillité psychologique, intellectuelle, morale obtenue par le rejet de toute préoccupation » (Dictionnaire Larousse).

*L'objectif du professionnel sera d'amener le patient à tendre vers ce bien-être et ce confort malgré sa position de personne en difficulté face à sa situation.*

### **I ♦ Les troubles de l'élimination**

L'élimination est nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Elle se présente de différentes façons : les urines, les selles, la transpiration, les pertes vaginales et la respiration.

#### **A. Les troubles urinaires**

##### **♦ L'incontinence urinaire**

Il s'agit de la perte involontaire d'urines par l'urètre. Elle peut être due à une atteinte des muscles pelviens, une atteinte des nerfs qui contrôle les muscles ou le sphincter au bas de l'urètre ou à une compression sur les voies urinaires.

L'incontinence peut être partielle ou totale, survenant uniquement à l'effort, diurne ou nocturne.

##### **♦ La dysurie**

C'est une difficulté à la miction.

Les causes peuvent être une compression ou un obstacle sur les voies urinaires, troubles musculaires ou neurologiques, une infection urinaire chez la femme, une prostatite chez l'homme ou un effet secondaire à des médicaments.

##### **♦ La rétention urinaire (Nommée aussi globe urinaire)**

C'est un blocage de l'urine dans la vessie sans possibilité de l'évacuer.

Les signes sont une douleur sus-pubienne spontanée ou à la palpation, une confusion et/ou une agitation.

Les causes peuvent être une compression ou un obstacle des voies urinaires, troubles neurologiques, musculaires ou dues à certains médicaments.

### ◆ La polyurie

C'est une augmentation de la fréquence des mictions en petites quantités d'urines émises. Les causes les plus fréquentes sont l'infection urinaire et l'adénome de la prostate chez l'homme.

## B. Les troubles intestinaux

### ◆ L'incontinence fécale

C'est l'émission involontaire de selles. Elle est due à un dysfonctionnement du sphincter anal dont les origines peuvent être une tumeur, une infection, une compression nerveuse (syndrome de la queue de cheval), ou encoprésie (incontinence sans cause organique).

### ◆ La constipation

C'est un ralentissement du transit, qui entraîne un retard et une raréfaction de l'émission de selles.

Les causes sont nombreuses et diverses (âge, manque d'apports hydrique, médicaments...).

### ◆ Le fécalome

C'est l'accumulation massive de selles dans la partie inférieure du tube digestif, le plus souvent dans le rectum.

Les causes sont la constipation chronique, certains médicaments.

Les signes sont un manque de selles depuis plus de 3 jours, une confusion et/ou une agitation.

### ◆ La diarrhée

C'est une émission augmentée de selles liquides due à une accélération du transit intestinal soit plus de 4 à 5 selles liquides par jour.

Les causes sont souvent des infections, ou bien des maladies inflammatoires ou des cancers.

### ◆ Les vomissements

C'est le rejet brutal du contenu gastrique par la bouche.

Les causes sont nombreuses : infections, intoxications alimentaires, obstacles sur les voies digestives (tumeur du tube digestif), troubles neurologiques (migraines, tumeurs cérébrales), effets secondaires à des médicaments...

## II ◆ Le sommeil

### ◆ Définition

État physiologique périodique de l'organisme pendant lequel la vigilance est suspendue et

la réactivité aux stimulations amoindrie. On distingue une phase de sommeil, profond et réparateur, et une phase de sommeil paradoxal, caractérisée par le rêve (Source Larousse).

### ◆ Fonctions du sommeil :

Récupération physique, récupération psychique, réparation des muscles, de la peau et des os, stimulation du système immunitaire, favorise la mémorisation, chez l'enfant, libération de l'hormone de croissance et maturation du système.

### ◆ Installation du patient

- En fonction de son état de santé :
  - Mettre en position demi-assise si problème respiratoire,
  - Surélever les jambes si œdèmes,
  - Position antalgique dans le lit pour soulager des douleurs,
  - Évaluation de la douleur pour soulager la douleur à l'aide d'antalgiques sous prescription médicale pour favoriser le sommeil,
  - Administration d'hypnotiques selon les habitudes du patient sous prescription médicale.
- Garantir la sécurité du patient :
  - Mettre ses affaires personnelles à portée de main ainsi que la sonnette pour éviter le risque de chute,
  - Mettre les barrières de lit (sous prescription médicale) lors des périodes de sommeil pour éviter les chutes.

### ◆ Comment favoriser le sommeil ?

- Environnement : Calme, pièce avec une température vers 19° C, luminosité tamisée et humidité modérée,
- Lit : propre, matelas et oreiller confortables,
- Hygiène de vie : se coucher à peu près à la même heure, avoir une quantité de sommeil suffisante (8 heures en moyenne), éviter les repas trop copieux le soir, limiter le café, alcool, nicotine en fin de journée, pratiquer une activité physique régulière (éviter trop tard le soir).
- Le moment du coucher : se coucher dès que les signes de fatigue (bâillements, nuque raide) se font sentir et ne pas lutter contre le sommeil. Favoriser les activités calmes.
- Position pour l'endormissement : se mettre dans la position qui est la plus confortable.

### ◆ Les troubles du sommeil

- Insomnie : c'est l'absence de sommeil. Elle peut être ponctuelle ou chronique. Elle peut survenir à l'endormissement ou suite à un réveil dans la nuit. Elle est partielle ou totale. Elle peut être due à des douleurs chroniques, de l'asthme, anxiété, dépression, prises de certains médicaments (corticoïdes) ou à la suite de consommation de produits (alcool,

drogues).

- Narcolepsie : c'est un accès brusque et irréprensible de dormir pendant la journée alors que la personne est en activité.
- Hypersomnie : c'est un état de somnolence excessive la journée, souvent lié à des troubles de sommeil la nuit.
- Parasomnies : terreurs nocturnes, somnambulisme, syndrome d'apnée du sommeil, bruxisme (grincement involontaire des dents durant le sommeil).

#### ◆ Actions des soignants

- Connaître les habitudes de sommeil du patient (heure du coucher, prise d'hypnotiques).
- Prévenir les troubles du sommeil (évaluation de la douleur et de l'anxiété, bonne installation).
- Planifier les soins autour du sommeil du patient.
- Adapter la luminosité de la chambre (volet, veilleuse, lumière de la salle de bain).
- Extinction des lumières dans le service si possible.
- Lutter contre le bruit (TV pas trop forte, parler doucement).
- Surveillance de la quantité et de la qualité du sommeil et effectuer une traçabilité dans le dossier de soins.



# Mémo 4

## Généralités sur l'hygiène du corps

*Les soins d'hygiène font partie du rôle propre infirmier.*

### **I ♦ La toilette au lit**

Elle a pour but d'apporter un instant de bien-être et de plaisir au malade.

Ce soin d'hygiène permet d'observer et d'évaluer le patient dans son intégralité.

C'est un moment relationnel privilégié avec le patient.

Ne jamais oublier durant tout le soin de respecter la pudeur du patient.

#### **♦ Déroulement du soin**

- Vérifier si prémédication avant la toilette.
- Prévenir le patient.
- Préparer son matériel (chariot de soin, tablier de protection, gants non stériles, savon, gants et serviettes de toilettes, protection anatomique, nécessaire de toilette, sac poubelle et sac de linge sale).
- Mettre la présence et fermer la porte.
- Mettre le lit à bonne hauteur.
- Évaluer la douleur, vérifier perfusions, sonde urinaire (vider récepteur si besoin et quantifier) et autres dispositifs médicaux...
- Remplir la bassine d'eau et faire tester la température au patient.
- Lavage des mains.
- Toilette du visage et le cou (sans oublier les oreilles).

Avec ou sans savon selon l'habitude du patient, tamponner pour sécher mais sans frotter, raser, proposer une crème.

Changer l'eau de la cuvette (mettre les ridelles de lit pour éviter une chute).

- Toilette du torse, des bras et des mains.

Enlever le vêtement du haut et le recouvrir pour respecter son intimité et pour qu'il n'ait pas froid, commencer par laver le bras et la main les plus éloignés (sans oublier sous l'aisselle), puis le thorax, puis l'abdomen en insistant sur l'ombilic et le bras et la main les plus proches de vous. Rincer puis sécher en insistant bien sous les aisselles et sous les seins.

Si le patient tient assis, procéder à la toilette du dos.

Recouvrir le patient d'un vêtement propre.

Changer l'eau de la cuvette.

- Toilette des jambes

Laver la jambe et le pied les plus éloignés en insistant entre les orteils (soulever la jambe en maintenant sous la cheville), puis l'autre membre inférieur.

Procéder au soin des pieds si besoin (pédiluve, couper les ongles au carré, sauf diabétiques : voir avec un pédicure), fractionner les talons pour éviter les escarres.

Recouvrir les jambes du patient.

Changer l'eau de la cuvette.

- Toilette urogénitale

Mettre des gants non stériles et utiliser des gants de toilette à usage unique.

Nettoyer le pubis, l'intérieur des cuisses, le scrotum puis la verge chez l'homme (décalotté pour nettoyer la verge et penser à recalotter) ou la vulve du haut vers le bas chez la femme. Rincer puis sécher en insistant sur les plis inguinaux.

Si sonde urinaire, nettoyer la sonde au DAKIN®.

Changer l'eau de la cuvette.

- Toilette du dos

Tourner le patient sur le côté et laver le dos du haut vers le bas. Rincer puis sécher.

Effectuer une friction du dos avec une crème ou de l'eau de Cologne.

Coiffer le patient.

- Toilette du siège

Avant de procéder à la toilette, mettre un « absorbex » sous les fesses, si présence de selles, utiliser du papier toilette, puis savonner du bas vers le haut, rincer et essuyer. Vérifier l'état cutané (sacrum) et effectuer une friction.

Changer de drap si nécessaire.

- Mettre la protection anatomique,
- Finir d'habiller le patient,
- Lavage de mains,
- Réinstaller le patient,
- Proposer un soin de bouche ou un lavage de dents,
- Proposer à boire,
- Mettre les ridelles de lit selon prescription médicale,
- Mettre ses affaires personnelles à portée de mains, ainsi que la sonnette,
- Nettoyer la bassine et l'environnement,
- Fermer le sac poubelle,
- Vérifier les perfusions et évaluer la douleur,
- Effectuer des transmissions orales et écrites dans le dossier de soins.

## II ♦ Toilette au lavabo

Ce soin permet de préserver l'autonomie du patient.

Il doit être proposé dès que le patient peut se lever.

### ◆ Déroulement du soin

- Vérifier si prémédication avant la toilette,
- Prévenir le patient,
- Préparer son matériel (chariot de soin, tablier de protection, gants non stériles, savon, gants et serviettes de toilettes, protection anatomique, nécessaire de toilette, sac poubelle et sac de linge sale),
- Mettre la présence et fermer la porte,
- Lavage des mains,
- Évaluer la douleur, vérifier perfusions, sonde urinaire (vider récepteur si besoin et quantifier) et autres dispositifs médicaux... Et organiser le matériel pour permettre une mobilisation,
- Si le patient est sous oxygène, prévoir un apport,
- Préparer ses affaires propres,
- Faire asseoir le patient au bord du lit et attendre un instant pour vérifier l'absence de vertiges. Puis le lever le patient et vérifier de nouveau l'absence de vertiges,
- Amener le patient dans la salle de bain,
- Proposer au patient d'aller aux toilettes avant le début du soin,
- Installer le patient sur la chaise,
- Faire tester la température de l'eau,
- Laisser l'autonomie au patient pour sa toilette, tout en lui proposant de l'aide si difficultés,
- Respecter la pudeur du patient (habiller le patient au fur et à mesure de la toilette,
- Proposer un lavage de dent,
- Réinstaller le patient,
- Mettre ses affaires personnelles à portée de mains, ainsi que la sonnette,
- Nettoyer l'environnement,
- Fermer le sac poubelle,
- Lavage des mains,
- Vérifier les perfusions et évaluer la douleur,
- Effectuer des transmissions orales et écrites dans le dossier de soins.

## III ◆ Toilette à la douche

La toilette à la douche permet de réaliser une toilette complète tout en assurant un bien-être et la conservation de son autonomie.

### ◆ Préparation du soin

- Vérifier si prémédication avant la toilette,

- Prévenir le patient,
- Préparer son matériel (chariot de soin, tablier de protection, gants non stériles, savon, gants et serviettes de toilettes, protection anatomique, nécessaire de toilette, sac poubelle et sac de linge sale),
- Mettre la présence et fermer la porte,
- Lavage de mains,
- Évaluer la douleur, vérifier perfusions, sonde urinaire (vider récepteur si besoin et quantifier) et autres dispositifs médicaux... Et organiser le matériel pour permettre une mobilisation,
- Si le patient est sous oxygène, prévoir un apport,
- Préparer ses affaires propres,
- Faire asseoir le patient au bord du lit et attendre un instant pour vérifier l'absence de vertiges. Puis le lever le patient et vérifier de nouveau l'absence de vertiges,
- Amener le patient dans la salle de bain,
- Proposer au patient d'aller aux toilettes avant le début du soin,
- Protéger les pansements ou plâtre,
- Dêvêtir le patient et le faire asseoir sur la chaise de douche,
- Mettre l'eau à bonne température (demander au patient).

### ◆ Le soin

- Laisser l'autonomie au patient pour sa toilette, tout en lui proposant de l'aide si difficultés,
- Mouiller la tête, l'ensemble du corps et savonner (Mettre des gants non stériles pour la toilette intime,
- Rincer du haut vers le bas,
- Sécher le patient,
- Aider le patient à s'habiller,
- Lavage des mains,
- Coiffer et parfumer le patient,
- Proposer un lavage de dent,
- Proposer à boire,
- Réinstaller le patient.

### ◆ Après le soin

- Mettre ses affaires personnelles à portée de mains, ainsi que la sonnette,
- Nettoyer l'environnement,
- Nettoyer la douche ainsi que la chaise de douche,
- Fermer le sac poubelle,
- Lavage des mains,

- Vérifier les perfusions et évaluer la douleur,
- Effectuer des transmissions orales et écrites dans le dossier de soins.

## **IV ♦ La toilette au chariot de douche**

Ce soin permet à une personne dépendante de bénéficier d'une douche sur un chariot douche en position allongée.

- Vérifier si prémédication avant la toilette,
- Prévenir le patient,
- Préparer son matériel (chariot de soin, tablier de protection, gants non stériles, savon, gants et serviettes de toilettes, protection anatomique, nécessaire de toilette, sac poubelle et sac de linge sale),
- Mettre la présence et fermer la porte,
- Lavage des mains,
- Évaluer la douleur, vérifier perfusions, sonde urinaire (vider récepteur si besoin et quantifier) et autres dispositifs médicaux... Et organiser le matériel pour permettre une mobilisation,
- Si le patient est sous oxygène, prévoir un apport,
- Préparer ses affaires propres,
- Amener le chariot douche dans la chambre et installer le patient,
- Bien le couvrir afin d'éviter les refroidissements,
- Lavage des mains,
- Faire couler l'eau et faire tester la température au patient,
- Mouiller le malade de la tête aux pieds,
- Laver la tête, le visage, le cou puis rincer,
- Laver les bras, le thorax, l'abdomen, les jambes,
- Mettre des gants non stériles pour effectuer la toilette intime,
- Rincer l'ensemble du corps,
- Tourner le patient sur le côté pour laver le dos et le siège et rincer,
- Essuyer le patient en insistant au niveau des plis cutanés,
- Effectuer une friction du dos et du sacrum en prévention des escarres,
- Mettre la protection anatomique,
- Mettre un drap propre sur le chariot douche et remettre le patient sur le dos,
- Habiller le patient,
- Installer le patient dans son lit ou au fauteuil,
- Lavage des mains,
- Procéder au reste du soin (rasage, soin de bouche, coiffage...),
- Proposer à boire,
- Réinstaller le patient,

- Mettre ses affaires personnelles à portée de mains, ainsi que la sonnette,
- Nettoyer l'environnement,
- Nettoyer la salle de bain et le chariot douche,
- Fermer le sac poubelle,
- Lavage des mains,
- Vérifier les perfusions et évaluer la douleur,
- Effectuer des transmissions orales et écrites dans le dossier de soins.

## **V ♦ Les soins de bouche**

### **♦ Objectifs**

- Assurer l'alimentation, la respiration et la communication,
- Récupérer sa capacité fonctionnelle (le goût, la déglutition),
- Diminuer les douleurs et les odeurs,
- Apporter une sensation de fraîcheur et de propreté,
- Prévenir le dessèchement des lèvres et de la cavité buccale,
- Prévenir et traiter toutes complications (inflammations, lésions ou infections).

### **♦ Caractéristiques d'une bouche saine**

- Salive : claire et aqueuse,
- Lèvres : souples et lisses,
- Gencives : rosées et souples,
- Langue : rosée, souple et sans dépôts,
- Dents sans dépôts, prothèses adaptées et en bon état.

### **♦ 3 Types d'interventions**

- L'hygiène bucco-dentaire

Brossage de dents avec un dentifrice 2 à 3 fois par jour.

- Le soin de bouche non médicamenteux

Le soin permet de nettoyer la cavité buccale quand le brossage de dents n'est pas possible du fait de l'état de santé du malade.

#### **Technique du soin :**

- Expliquer le soin au patient, et demander sa participation,
- Mettre le patient en position demi-assise et installer une serviette autour du cou,
- Lavage des mains et mettre des gants non stériles,
- Retirer la prothèse dentaire et la brosser, la nettoyer et la laisser tremper dans une solution antiseptique,
- Prendre la brosse à dents avec du dentifrice ou un bâtonnet (avec un embout en coton) imbibé de solution antiseptique (HEXTRIL®, ELUDRIL®, Bicarbonate de sodium 1,4 %)



et nettoyer la cavité buccale en commençant par les gencives et les dents, puis les joues, le palais et la langue.

Au cours du soin, changer les bâtonnets aussi souvent que nécessaire puis les jeter dans le haricot ou un sac poubelle.

- À l'aide de bâtonnet, rincer à l'eau claire,
- Appliquer une pâte adhésive sur les prothèses dentaires si nécessaire et les remettre au patient,
- Hydrater les lèvres avec une compresse imbibée de glycéride ou de vaseline (sauf si patient sous oxygénothérapie),
- Enlever les gants et se laver les mains,
- Effectuer des transmissions orales et écrites dans le dossier de soins,
- En cas, de bouche sèche, répéter ce soin plusieurs fois dans la journée. Proposer à boire en petite quantité (eau plate ou eau gazeuse – favorise la salivation – ou jus d'ananas). Il y a la possibilité d'utiliser des brumisateurs ou des stimulants de salivation en cas de risques de fausses routes. Si la langue est « cartonnée », il faut appliquer une fine couche de vaseline pour décoller les plaques ou diluer de l'eau oxygénée (1 dose d'eau oxygénée pour 2 doses d'eau) qui a un effet mécanique de nettoyage et de détersion.

- Le soin de bouche médicamenteux

#### Bouche mycosique

- Stade 1 : Langue rouge avec des points blancs, papilles douloureuses

Pratiquer des soins de bouche régulièrement (au moins 6 fois par jour) avec du bicarbonate de sodium 1,4 %.

- Stade 2 : Dépôts blanchâtres sur la langue, les joues et les gencives

Bicarbonate et anti-fongiques : FUNGIZONE® (amphotéricine), MYCOSTATINE® (nystatine), ou bien DAKTARIN® (miconazole).

Si extension, TRIFLUCAN® (fluconazole).

#### Bouche douloureuse

Les douleurs buccales sont souvent induites par des aphtes. Pour les traiter, il est préférable de trouver les causes.

- Soins de bouche au bicarbonate de sodium 1,4 %,
- XYLOCAINE® (lidoïne) visqueuse,
- ULCAR® (sucralfate) 3 fois par jour en bain de bouche,
- FLOGENCYL®.

#### Bouche hémorragique

- Eau oxygénée,
- EXACYL® (acide tranexamique) en bain de bouche.

# Mémo 5

## L'équilibre alimentaire

### **I ♦ Le cadre législatif**

- Soins infirmiers sur rôle propre : art. R 4311-5 décret 2004-802 du 29 juillet 2004.

L'alimentation apporte les besoins nutritionnels nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Mais pour chaque personne l'alimentation doit être adaptée en fonction de différents critères.

Avec l'augmentation des troubles alimentaires entraînant un surpoids et des comorbidités importantes, les pouvoirs publics ont pris conscience des conséquences.

- Janvier 2001 : création du 1<sup>er</sup> PNNS (Programme National Nutrition Santé) qui a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en traitant la nutrition comme déterminant de la santé. Aujourd'hui le troisième PNNS 2011-2015 est en cours.
- Pour compléter le PNNS, en 2010 un plan obésité (PO) a été formalisé par un programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé (Code de la santé publique article L. 3231-1) ainsi qu'un programme gouvernemental pour l'alimentation (Code rural, article L 230-1).

Objectifs :

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population.
  2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges.
  3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque.
  4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.
- À l'hôpital, création du CLAN (Comités Liaison Alimentation Nutrition) en 2001.
  - L'arrêté du 29 mars 2002 crée le C.N.A.N.E.S. (Comité national de l'alimentation et de la nutrition des établissements de santé), qui est une structure ressource destinée à mettre en place une base nationale de données épidémiologiques, de pratiques professionnelles (référentiels et protocoles), et de contenu pédagogique des formations.

### **II ♦ Les principaux constituants de l'alimentation et IMC**

- Protides (4 Kcal/g) 12-15 % des apports quotidiens (viandes, poissons, œufs, soja, pois cassés...),
- Lipides (9 Kcal/g) 30-35 % des apports.
- Acides gras saturés (beurre, fromage, certaines « viandes grasses », charcuteries...),

- Acides gras insaturés (huile de tournesol, d'olive, d'arachide, de colza, d'avocat, d'amande, de noisette, de pépins de raisins, de soja, de maïs et les poissons),  
Les oléagineux : noix, noisettes, pignons de pins, amandes ou encore graines de tournesol).

- Glucides (4 Kcal/g) 50-55 % des apports.
- Complexes (céréales sous toutes formes, pomme de terre, légumineuses...),
- Simples (saccharose, fructose, lactose, glucose : friandises, boissons sucrées, pâtisseries...).
- Sels minéraux (Ca, Kcl, Na, Cl, Mg...),
- Oligoéléments (fer, iode, cuivre, zinc, manganèse, fluor...),
- Vitamines hydrosolubles (B1, B2, B3 (PP), B6, B9, B12, C),
- Vitamines liposolubles (A, D, E, K),
- Boissons (1,5 l/jour en favorisant l'eau),
- À titre indicatif l'alcool apporte 7 Kcal/g !!

**L'IMC (indice de masse corporelle) = Poids (kg)/Taille (m)<sup>2</sup> Indice reflétant une alimentation adaptée.**

IMC	Interprétation
< 16,5	Dénutrition sévère
17 à 18,4	Dénutrition modérée
18,5 à 24,9	Poids de forme
25 à 29,9	Surpoids
30 à 35	Obésité
35 à 40	Obésité sévère
> 40	Obésité morbide

### III ♦ L'alimentation équilibrée

Pour qu'une alimentation soit équilibrée, il faut respecter certaines règles de bonne hygiène alimentaire, toujours en fonction de paramètres personnels (activité physique, âge...).

**Tableau des besoins estimatifs caloriques quotidiens (en Kcal/jour) :**

	Sédentaire	Peu actif	Actif à très actif	Sujet âgé peu actif	allaitement
Adolescent	De 2 700 à 3 500 en fonction de l'âge, du sexe et l'activité				
Homme	2100-2300	2500-2700	3000-3500	1900	
Femme	1700-1900	2000-2200	2400-2800	1600	+ 500 Kcal

### ◆ Les comportements à adopter au quotidien

- Proscrire le grignotage entre les repas,
- Rythme régulier des repas (3 par jour +/- collations en fonction de l'activité),
- Dans la mesure du possible ne pas enlever de repas,
- Prendre le temps de manger, de mastiquer.

### ◆ Les conseils nutritionnels selon le PNNS

- Augmenter la consommation de fruits et légumes sous toutes ses formes ⇒ au moins cinq fruits et légumes par jour,
- Consommer des aliments sources de calcium (les produits laitiers, les légumes, voire certaines eaux minérales) ⇒ 3 produits laitiers par jour,
- Limiter la consommation de lipides et particulièrement des graisses dites « saturées »,
- Consommer à chaque repas des féculents sources d'amidon, notamment des aliments céréaliers (privilégier les céréales complètes pour l'apport en fibres), des pommes de terre, des légumineuses...
- Consommer de la viande la moins grasse possible, du poisson (au moins 2 fois/semaine), des produits de la pêche ou des œufs une à deux fois par jour,
- Limiter la consommation de sucre et d'aliments riches en sucre (sodas, confiseries, chocolat, pâtisseries, desserts sucrés, etc.),
- Limiter la consommation de boissons alcoolisées,
- Augmenter l'activité physique dans la vie quotidienne : au moins 30 minutes de marche rapide par jour (monter les escaliers à pied, faire ses courses à pied...) et réduire la sédentarité surtout chez l'enfant (temps passé devant la télévision et les jeux vidéos),
- Également : limiter la consommation de sel, s'exposer modérément au soleil (pour la vitamine D).

## IV ◆ Causes de la malnutrition – dénutrition

- Les troubles du comportement alimentaire → anorexie mentale, boulimie,
- Les habitudes alimentaires familiales,
- Les maladies somatiques (cancers, immunodéficience...),
- Les maladies psychiatriques (dépression),
- Les conditions sociales (petits revenus, SDF...),
- Un mauvais état bucco-dentaire.

## V ◆ Conséquences d'une alimentation inadaptée

### ◆ Obésité

- Troubles cardiovasculaires,
- Diabète de type 2,

- Troubles musculo-articulaires,
- Certains cancers (endomètre, sein, colon),
- Dépression,
- Désocialisation,
- Syndrome de l'apnée du sommeil.

### ◆ **Anorexie**

- Troubles hydro-électrolytiques,
- Troubles du rythme cardiaque,
- Insuffisance rénale,
- Dépression (associée),
- Ostéoporose,
- Insomnie,
- Aménorrhée – infertilité,
- Asthénie intense,
- Sécheresse cutanée....

### ◆ **Déshydratation**

- Sensation de soif altérée avec sécheresse buccale,
- Persistance du pli cutané,
- Hypotension hypovolémique,
- Tachycardie,
- Hypernatrémie,
- Diminution du tonus musculaire,
- Syndrome confusionnel,
- Oligurie,
- Constipation,
- Perte d'appétit, asthénie.

## **VI ◆ Les différents régimes alimentaires**

- Hypocalorique,
- Hyperénergétique,
- Hyperprotidique,
- Contrôlé en glucides,
- Hypocholestérolémiant,
- Pauvre en fibre,
- Pauvre en résidus,
- Contrôlé en sodium,

- Contrôlé en potassium,
- Sans gluten.

### **Rôle infirmier**

- Rôle préventif et éducatif dans l'alimentation
- Prise en charge du repas en collaboration avec la diététicienne
- Installation du patient adaptée à ses capacités
- Aide à l'alimentation



# Mémo 6

## Escarre

### I ♦ Définition

C'est la nécrose cutanée ischémique superficielle ou profonde liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et un plan osseux.

#### Stades de l'escarre

<b>Stade 0</b>	Zone d'alerte. Erythème cutané disparaissant à la pression.
<b>Stade 1</b>	Érythème qui ne blanchit pas à la pression.
<b>Stade 2</b>	Perte de substance de l'épiderme et en partie du derme : phlyctène, abrasion ou ulcération.
<b>Stade 3</b>	Perte de substance impliquant le tissu sous-cutané avec ou sans décollement périphérique. Nécrose sèche ou humide.
<b>Stade 4</b>	Perte de toute l'épaisseur de la peau. Destruction importante des tissus ou atteinte des muscles, os et structures de soutien. Fistulisation possible.

### II ♦ Facteurs étiologiques

- **Extrinsèques** : friction, pression, cisaillement, macération.
- **Extrinsèques** :
  - **hypoperfusion** (artériopathie et insuffisances veineuses des membres inférieurs, anémie, déshydratation) ;
  - **hypercatabolisme** (infection, sepsis, choc, réanimation, opération chirurgicale, syndrome inflammatoire chronique, néoplasie, syndrome paranéoplasique, hyperthyroïdie) ;
  - **hypocatabolisme** (dénutrition, hypoxie chronique, diabète, insuffisance rénale chronique, hypothyroïdie).

### III ♦ Prévention

**Évaluation du risque d'escarre** : échelles de Norton, Braden, Waterloo, d'Angers. Dès la détection du risque et l'apparition de rougeurs aux points d'appui :

#### Prise en charge pluridisciplinaire

<b>Mobilisation</b>	• Lever les points d'appuis en utilisant des supports de décharge (coussins, bottes).
---------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répartir les pressions avec matelas adapté, surmatelas ou matelas à air alterné selon protocole de service.</li> <li>• Adapter les fauteuils de confort avec coussins ou boudins (intervention ergothérapeute si besoin).</li> <li>• Tracer les changements de positions (toutes les 2 heures).</li> <li>• Pas de décubitus latéral strict.</li> </ul>
<b>Alimentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une alimentation suffisante et équilibrée.</li> <li>• Renforcer l'apport de protéines (suppléments hyper protéinés).</li> <li>• Surveiller les ingestats sur 3 jours complets (intervention diététicienne).</li> </ul>
<b>Hydratation</b>	1,5 L d'eau par 24 h sauf si contre-indication médicale.

## IV ♦ Soins et traitements

- **Soin propre** (non stérile) au sérum physiologique ou à l'eau et au savon (douche préconisée).
- Définir un objectif de soins : humidifier, assécher, hémostatique, préventif ou de confort.
- Maintenir la plaie dans un **milieu humide** en évitant les macérations pendant toutes les phases de la cicatrisation (nécrotique, fibrineuse, bourgeonnement, épithélialisation).
- **Pansement primaire**.

### Classification et indications des pansements primaires

Phase de cicatrisation	Type de plaie	Pansements recommandés
Sans distinction (peut être utilisé à chaque phase de cicatrisation)	Chronique	Hydrocolloïdes
	Aiguë	Hydrocellulaires ; fibres de carboxymethylcellulose (CMC)
Détersion	Chronique	Alginates ; hydrogels
	Aiguë	Hydrocolloïdes (ou aucun en particulier)
Bourgeonnement		Interfaces ; hydrocellulaires
	Aiguë	Hydrocolloïdes (ou aucun en particulier)
Épidermisation	Chronique	Interfaces ; hydrocolloïdes
	Aiguë	Interfaces
<b>Cas Particuliers</b>	<b>Étiologies</b>	
Peaux fragiles	Maladies bulleuses	Interfaces
Prévention de l'infection	Toutes	Pas de pansements spécifiques reconnus

Plaie infectée	Toutes	Pas de pansements spécifiques reconnus
Plaie hémorragique	Toutes	Alginates
Plaie malodorante	Cancer	À base de charbon actif

Source : HAS 2007

Pour les phases nécrotiques et fibrineuses : réaliser une détersion mécanique rapide.

• **Prise en charge spécifique de la nécrose :**

ramollir le tissu nécrotique et provoquer l'exsudat.

- Pour cela : scarifier la nécrose et y apposer de l'hydrogel et un hydrocolloïde film.

Toujours exciser la nécrose du centre de la plaie vers les berges.

**Attention !** Ne jamais exciser d'emblée une nécrose des membres inférieurs sans avis médical.

• **Pansement secondaire** : permet le maintien du pansement primaire (compresse, bandages, films adhésifs semi perméables, pansements adhésifs stériles et fixation en coton tubulaire).

# Mémo 7

## Lever et aide à la mobilisation

### **I ♦ La mobilisation**

- La mobilisation est l'action de se mouvoir passivement (par une tierce personne) ou activement (par soi-même). Le patient étant alité, il est primordial de le mobiliser, de pratiquer des changements de position afin de limiter certains risques liés à l'inactivité, au décubitus :
  - Risque d'altération cutanée,
  - Risque de thrombose liée à la stase veineuse ⇒ recherche signes de phlébite et d'embolie pulmonaire),
  - Risque d'encombrement bronchique ⇒ lever la tête, position demi-assise,
  - Risque d'altération de la fonction urinaire (rétention/infection urinaire) ⇒ assurer une bonne hydratation, surveillance quantitative et qualitative des urines,
  - Risque d'altération de la fonction digestive (Constipation voir occlusion intestinale et RGO) ⇒ surveillance quantitative des selles, de l'état de l'abdomen, de douleurs abdominales,
  - Risque d'altération de l'appareil locomoteur (fonte musculaire, ostéoporose, rétraction ligamentaire...) ⇒ mobilisation des membres de manière active ou passive en collaboration avec le kinésithérapeute, éviter la rétraction des membres, régime protéiné, apport calcique et en vit. D,
  - Risque psychologique (anxiété, dépression, insomnie...) ⇒ utiliser les techniques de relation d'aide, de réassurance, faire appel aux proches si possible.
- En fonction de l'autonomie du patient, la mobilisation se fera avec sa participation, ou avec un collègue. Dans tous les cas, les principes d'ergonomie seront appliqués et le matériel d'aide à la mobilisation utilisé.

### **II ♦ Aide au premier lever**

- Le rôle de l'IDE en collaboration est d'assurer en respectant les règles d'hygiène, de sécurité, de confort et d'ergonomie le premier lever du patient. Celui-ci ayant pour objectif le bien-être et l'autonomie.
- Le premier lever est toujours sur prescription médicale, avec la présence d'un IDE.
- L'objectif du premier lever est d'éviter la survenue de complications.
- Les principales complications liées au décubitus :
  - Les escarres,
  - La phlébite,

- L'embolie pulmonaire,
  - La fonte musculaire,
  - La constipation,
  - La perte d'appétit,
  - Les infections urinaires,
  - L'encombrement pulmonaire et les infections,
  - Les complications psychologiques : dépression, désorientation.
  - Le rôle de l'IDE est tout d'abord de vérifier l'autorisation de lever du patient et d'organiser le soin avec ses collaborateurs : horaire, disponibilité, soin du patient, matériel.
  - Il est indispensable de procéder par étape et toujours en présence de l'IDE.
  - Relever l'hémi-corps supérieur, asseoir le patient,
  - Demander au patient de respirer lentement, de prendre son temps, en même temps observer la coloration du faciès, ses réactions, prendre le pouls puis l'asseoir dans le fauteuil placé à proximité du lit,
  - L'installer confortablement, avec l'appel malade à proximité, la table et ses effets personnels,
  - Rester dans la chambre quelques minutes pour voir s'il supporte la position assise.
- Consigner le soin dans le dossier de soins.

# Mémo 8

## L'ergonomie dans les soins

### **I ♦ Définition**

« L'ergonomie est l'étude scientifique de la relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieux de travail. Son objectif est d'élaborer, avec le concours des diverses disciplines scientifiques qui la composent, un corps de connaissances qui dans une perspective d'application, doit aboutir à une meilleure adaptation à l'homme des moyens technologiques de production, et des milieux de travail et de vie » (*IV<sup>e</sup> congrès international d'ergonomie de la SELF – Société d'ergonomie de la langue française, 1969*). Il s'agit donc d'adapter le poste de travail à l'homme et non l'inverse. L'environnement, les outils de travail, les techniques, le travail en équipe doivent s'adapter à l'homme pour assurer un maximum de confort, de sécurité et d'efficacité dans les pratiques.

### **II ♦ Pourquoi l'ergonomie ?**

#### **♦ Protéger l'intégrité physique de l'homme**

- *Les principales conséquences du non-respect de l'ergonomie sont les troubles musculo-squelettiques (ou TMS) : maladies qui affectent les muscles, les tendons et les nerfs des membres et de la colonne vertébrale (douleurs, raideur, de la maladresse, perte de force). Les professionnels de santé sont très exposés aux risques TMS.*

- Les principales atteintes sont :

- La colonne vertébrale : lombalgie, lumbago, sciatique-lombosciatique (hernie discale), cervicalgies,
- Le syndrome du canal carpien,
- Les tendinites : l'épaule, coude, poignet.

Complication des TMS :

- risque de récurrence voir de chronicité,
- déficiences ⇒ incapacités, handicap,
- retentissement sur le quotidien et difficultés voir impossibilité à poursuivre le travail avec des risques sur l'emploi (adaptation de poste voire perte totale).

#### **♦ Les conséquences économiques des TMS en quelques chiffres (source : CNAM 2010) :**

- 85 % des causes de maladies professionnelles,
- 43 241 cas de TMS,

- 40 % de séquelles (incapacité permanente partielle),
- 1<sup>er</sup> facteur d'inaptitude professionnelle,
- un coût moyen de 21 152 € par salarié (pour un cas de TMS),
- la perte de 9,7 millions de journées de travail et un coût de 930 millions d'euros.

### **III ♦ L'ergonomie en pratique (tendre vers le portage zéro !)**

**Prendre soin du soignant pour prendre soin du soigné.**

#### **♦ Aménagement des espaces et du temps de travail**

- Faciliter l'accès au matériel adapté (hauteur, lieu de stockage, espace...),
- Aménagement des postes de travail,
- Utiliser systématiquement le matériel à disposition (drap de glisse, lève malade, verticalisateur, guidon de transfert...),
- Si le matériel est insuffisant ou inexistant, faire appel à l'entraide professionnelle,
- Toujours organiser, planifier les soins en équipe (seul ou à deux ?).

#### **♦ Adopter les techniques de prévention des TMS**

- Verrouillage lombaire, « auto grandissement » : le dos droit, « verrouillé » pour stimuler les muscles abdominaux et lombaires,
- Les fentes : simple, latérale, avant ⇒ toujours le dos droit. Travail avec les Jambes +++,
- Pour ramasser un objet au sol : flexion des jambes, pendule et chevalier servant (ne jamais se pencher en courbant le dos !).
- Le port de charge : au plus près de la charge, écarter les pieds (↗ équilibre), jambes pliées, dos droit,
- En dehors du travail : posture assise et debout toujours droite.

#### **♦ La manutention des personnes soignées**

***Toujours faire faire plutôt que faire (Cf. Notion autonomie/indépendance)***

- Connaître son patient (ses capacités, ses faiblesses, ses douleurs) ⇒ s'adapter au patient et le stimuler selon ses possibilités,
- Préparer l'environnement (diminuer la distance de transfert, éviter les obstacles et sécuriser le lit, le fauteuil...),
- Préparer le patient (bonne position, synchronisation des déplacements : 1-2-3 !),
- Se préparer (bien se positionner en respectant les techniques, bonnes prises non désagréables pour le patient, au plus proche du patient),
- Le patient installé doit garder un maximum d'indépendance en lui facilitant l'accès au matériel nécessaire (sonnette, téléphone, adaptable, télécommande, livres...).

#### **♦ Les principaux transferts**

**Toujours en fonction de l'autonomie de la personne soignée.**



- Redressement au lit seul ou à deux.
- Redressement au fauteuil (par l'avant ou par l'arrière).
- Transfert assis-debout.
- Positionnement au lit sur le côté : décubitus latéral.
- Transfert couché-assis/assis-couché : aide au lever, aide au coucher.
- Transfert fauteuil-lit.

#### ◆ **Diverses mesures personnelles**

- Tenue (ample, confortable pour des gestes et des mouvements facilités) et chaussures (fermées, confortables sans talon) adaptées,
- Entretien musculaire par une activité physique adaptée et régulière,
- Essayer d'éviter tout surpoids,
- Dans la mesure du possible limiter le stress qui favorise l'apparition de TMS,
- Surtout, connaître ses limites et se préserver en cas de fatigue.

## Mémo 9

# Les bonnes pratiques et la sécurité des soins

### I ♦ Les bonnes pratiques

- Les recommandations des bonnes pratiques sont définies par l'HAS (la Haute Autorité en santé) et relayées au niveau local dans les hôpitaux. Il existe au sein de l'HAS une commission des recommandations de bonne pratique qui a « *pour mission de préparer les délibérations du collège concernant :*

- *les notes de cadrage des recommandations de bonne pratique ;*
- *la méthode d'élaboration et le contenu des recommandations de bonne pratique et des outils dérivés ;*
- *la méthode d'élaboration des recommandations de bonne pratique et des outils dérivés pour lesquels le label HAS est demandé. La direction des soins possède une cellule de professionnels qui assurent ce relais, tel l'infirmière hygiéniste ou les cadres experts. »* (Extrait de [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) ).

#### Exemples de fiches techniques

##### ♦ Lavage simple des mains

- Principes à respecter
  - Ongles courts, sans vernis, pas de faux ongles,
  - Mains et avant-bras dépourvus de bijoux : ni bagues (seule l'alliance est tolérée), ni bracelets, ni montre,
  - Tenue à manche courte.

- But

Éliminer la flore transitoire des mains et des poignets afin d'éviter la contamination.

- Indications

- À la prise et au départ du service,
- Après tout geste de la vie courante,
- Entre chaque patient et à chaque sortie de chambre,
- Associé à un acte lors des soins d'hygiène et de confort,
- Avant chaque soin au malade et après chaque geste contaminant,
- Avant tout traitement hygiénique des mains par friction hydro-alcoolique si les mains sont souillées.

- Mode opératoire du lavage de mains
  - Mouiller les mains et les poignets,
  - Appliquer une dose de savon,
  - Laver les mains pendant 30 secondes en insistant sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, la pulpe des doigts et les poignets,
  - Rincer abondamment en allant des extrémités des doigts vers les poignets en gardant les mains au-dessus des coudes,
  - Sécher par tamponnement avec les essuie mains à usage unique,
  - Fermer le robinet avec les essuie mains,
  - Jeter l'essuie main dans le sac DAOM.

### ♦ **Lavage hygiénique ou antiseptique des mains**

- But  
Éliminer la flore transitoire et diminuer la flore résistante des mains, poignets et avant-bras.
- Indications :
  - Après contact avec un patient en isolement,
  - Après tout contact avec du sang ou des liquides biologiques,
  - Avant des soins stériles.

Le lavage antiseptique des mains est la technique alternative à la friction hydro-alcoolique des mains. Si les mains sont souillées, il est préférable de faire un lavage antiseptique.

- Mode opératoire  
C'est la même méthode que pour un lavage simple des mains avec un savon antiseptique mais on savonne des mains jusqu'aux coudes pendant une minute.

### ♦ **Lavage des mains par friction hydro-alcoolique**

- But  
Éliminer la flore transitoire et diminuer la flore résistante.  
Cette technique peut remplacer un lavage des mains simple et hygiénique autant de fois que nécessaire à condition que les mains ne soient pas souillées, ni mouillées.
- Indications
  - Avant et après chaque patient,
  - Entre les soins d'un même patient,
  - Avant un soin stérile,
  - Avant et après le port de gants si absence de talc.
- Mode opératoire
  - Appliquer une dose de solution hydro-alcoolique dans le creux de la main,
  - Frotter les mains en insistant sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, la

pulpe des doigts et les poignets,

- Frictionner jusqu'à évaporation complète du produit.

## II ♦ La sécurité des soins

• « La qualité et la sécurité des soins regroupent l'ensemble des démarches et des actions qui permettent d'assurer le niveau de qualité attendu au regard des bonnes pratiques, reconnues compte tenu des connaissances, et la gestion des risques pour éviter les conséquences non voulues au cours de la prise en charge du patient (iatrogénie) » (Source ARS – Agence régionale de santé).

• Les objectifs principaux de la gestion des risques dans le domaine de la santé sont :

- assurer la sécurité des soins et de la prise en charge du patient,
- réduire la iatrogénie (liée aux produits de santé, risque infectieux, aux actes...),
- permettre la continuité des soins en cas de crise ou de risques exceptionnels et la sûreté de fonctionnement des organisations et institutions (Source ARS).

• La sécurité des soins concerne aussi bien tout professionnel de santé que le patient. Elle commence avant les soins (préparation), se poursuit pendant les soins et après les soins (*exemple* : évacuation des déchets).

### **Voici quelques exemples de risques avec quelques recommandations**

- Pour le professionnel de santé
  - Accident d'exposition au sang (port de gants),
  - TMS (Cf. Principes ergonomiques),
  - Infectieux (port de gants, de blouse à usage unique, masque, charlotte...).
- Pour le patient
  - Infection nosocomiale (lavage hygiénique des mains, FHA, isolements...),
  - Erreur médicamenteuse (respect des prescriptions médicales),
  - Escarre (nutrition, matelas adapté, changement de position...),
  - Allergie (si non primo-réaction : bonne tenue du dossier de soins).

### ♦ Notions sur Le circuit des déchets à l'hôpital

On distingue 3 catégories de déchets d'activités de soins (DAS) :

- **Les déchets assimilables aux déchets ménagers** (DAOM),
- **Les déchets d'activités de soins à risques infectieux** (DASRI).

Ils contiennent des micro-organismes où leurs toxines risquent de causer une maladie chez l'homme ou pour d'autres organismes vivants.

Types de déchets :

- Déchets solides : Sondes, tubulures, poches...
- Déchets piquants, coupants : aiguilles, cathéters...
- Déchets liquides : poche de liquides, tube de prélèvement, produits sanguins, liquides

biologiques,

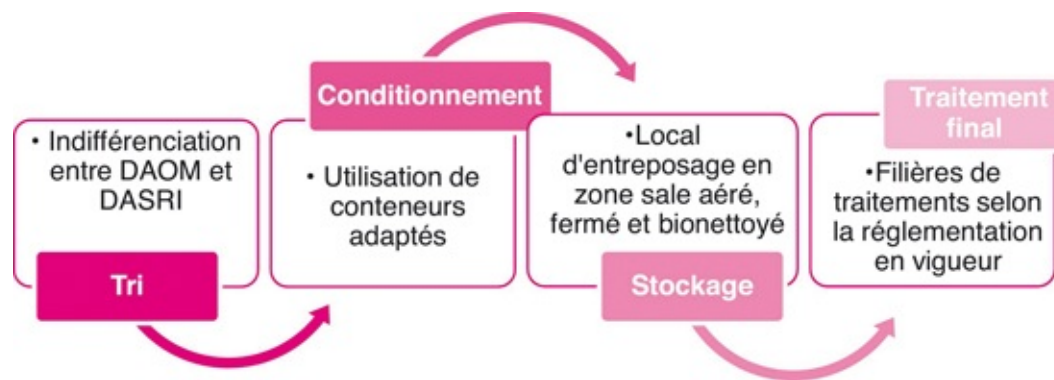
- Déchets cytotoxiques : déchets de traitements anti-cancéreux.
- **Les déchets spécifiques (DS)** : déchets radioactifs et industriels.

### ♦ Le conditionnement des déchets

Chaque catégorie de déchet doit être conditionnée de manière distincte :

- Sacs noirs pour les DAOM
- Conteneurs jaune pour les DASRI tout en s'adaptant aux types de déchets soit :
  - Sacs jaunes ou cartons hermétiques pour les déchets solides non perforants,
  - Conteneurs jaunes rigides pour les objets piquants et coupants,
  - Conteneurs jaunes étanches pour les déchets liquides.

La gestion des déchets hospitaliers s'effectue par :



## UE 4.2 - Soins relationnels

- >>> [Mémo 10 - La communication](#)
- >>> [Mémo 11 - Les valeurs soignantes propres à la communication](#)
- >>> [Mémo 12 - Les outils de la communication](#)
- >>> [Mémo 13 - Les techniques de communication](#)
- >>> [Mémo 14 - Les différents entretiens en soins relationnels](#)
- >>> [Mémo 15 - La relation soignant-soigné](#)
- >>> [Mémo 16 - La gestion de l'agressivité](#)
- >>> [Mémo 17 - Le toucher dans les soins : intérêt dans la relation thérapeutique](#)

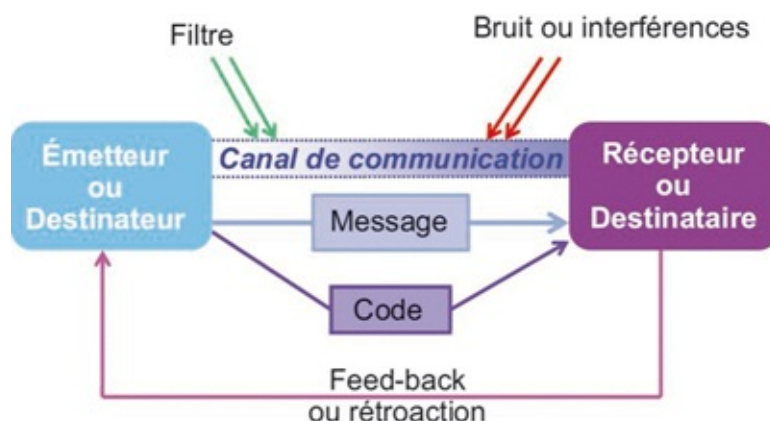
# Mémo 10

## La communication

### I ♦ Définition et principe

Communiquer signifie « être en relation avec ». C'est l'action de transmettre quelque chose à quelqu'un par l'émission d'un message à partir d'un émetteur vers un récepteur. Nicole Aubert ajoute que toute communication « *cherche à convaincre, à séduire, à toucher l'autre. [ ] elle vise à influencer celui ou ceux à qui elle s'adresse* » (Diriger et motiver, Éditions d'Organisation, Paris, 2002).

#### >>> Schéma de Shannon et Weaver



- **Bruits** : concerne tout ce qui fait perdre de l'information (voix trop basse, mouvements, distraction passagère) et participe à altérer la bonne compréhension du message. Il faut donc se centrer sur l'autre pour y résister.
- **Filtres** : ce sont des opérations mentales qui contrebalancent l'action des bruits. Ils permettent de sélectionner le message en fonction de l'intérêt que l'on porte au sujet, au risque de modifier son sens de départ. Ils dépendent de la culture individuelle.
- **Feed-back** : c'est ce que le récepteur va dire de sa compréhension ou de sa perception du message. Il correspond à la réaction du récepteur, puis au retour vers l'émetteur. En situation de soins relationnels, l'émetteur (le soignant), par son intermédiaire vérifie le contenu de l'information donnée.

### II ♦ Trois types de communication

- **Communication verbale** : elle touche à l'aspect visible du message, c'est ce que nous en avons compris.
- **Communication non verbale** : elle correspond au langage du corps (postures, mimiques, odeurs, regard, vêtements) qui peut-être interprété.
- **Communication para-verbale** : apparentée au non-verbal, elle correspond aux



intonations, au rythme, au débit verbal et au volume de la voix utilisée.

### III ♦ Conditions d'une communication efficace

- La bonne compréhension de l'interlocuteur (par le biais du feed-back) passe par l'**observation et l'écoute sur un modèle empathique**. Ainsi, le langage corporel et la valeur donnée aux mots ou l'état d'esprit sont **un tout** à prendre en considération.
- La communication porte sur les **informations** mais s'attache aux **interactions** qui existent entre les acteurs de la relation. Ainsi, tout caractère discordant entre la parole dite et les expressions corporelles induit le développement des **malentendus** et des **incompréhensions**. C'est ce qu'Alex Mucchielli appelle « *la communication paradoxale* ».

#### ♦ **Registre émotionnel**

- Les **sentiments** sont des phénomènes psychiques qui colorent affectivement nos perceptions en influençant nos conduites. Ils sont durables et diffus.
- Les **émotions** sont des réactions adaptatives de l'organisme face à une situation inattendue, accompagnées d'un état affectif agréable ou non. Elles sont globales, brèves et intenses.
- Inconsciemment, nous sommes tous sujet à des **affects**. Ceux-ci correspondent au produit de nos histoires personnelles (vécu, éducation, religion) et des représentations en découlant. De ce fait, ils peuvent modifier notre perception du réel et notre capacité à communiquer.
- Pour autant, c'est bien la **prise en compte de ses propres émotions** lors de la relation avec le patient qui permet au soignant de l'investir pleinement.

#### ♦ **Reconnaissance**

- La **prise en compte de l'autre** favorise considérablement la qualité de toute communication et constitue un des signes de **reconnaissance** comme peuvent l'être le salaire ou la prise de responsabilité.
- Se sentir « reconnu » c'est avoir le sentiment que les autres connaissent votre existence. En conséquence, la prise en considération des besoins et des attentes du patient constitue un levier intéressant de reconnaissance.

#### ♦ **Environnement**

Toute communication est dépendante du contexte dans lequel elle se déroule. En tenir compte facilite la communication.

### IV ♦ Obstacles à la communication

- **L'individu** : la **perception** que nous avons d'un message, son interprétation, se fait à partir de **préjugés** susceptibles de nuire à un échange. Nos **attitudes** agissent aussi sur la communication, puisqu'elles forment un ensemble de jugements et de tendances poussant l'individu à agir.

- **La sémantique** : une communication efficace nécessite l'**adaptation du langage** utilisé à la capacité de compréhension de l'allocuteur.
- **Le code** : c'est un ensemble de signes, images, symboles, et de combinaisons de ces signes. La bonne compréhension du message s'appuiera sur l'identification des codes utilisés (le décodage). Il faut qu'émetteur et récepteur utilisent un même code pour la compréhension du message, et donc que leur culture soit proche pour que tout signe émis soit compris.
- **Le filtrage et la distorsion** : des écrans mentaux sont présents dans tout processus de communication. Ils filtrent le contenu du message original et sont responsables d'une distorsion de l'idée ou de l'information de départ. Résultat : l'individu sélectionne la partie de l'idée ou de l'information qui se trouve en accord avec son attitude, sa culture, sa pensée. Il ignore celle qui s'y oppose.

## **V ♦ La relation**

- La communication constitue le moyen d'entrer en **relation** : c'est un **processus interactif, en mouvement permanent** entre les acteurs. C'est une rencontre de deux individus (au moins) qui lie une partie de leur histoire (autant personnelle que professionnelle).

# Mémo 11

## Les valeurs soignantes propres à la communication

### **I ♦ Respect**

- Respecter l'autre, c'est le reconnaître comme une personne unique, **investie d'une dignité** et d'une valeur propre.
- En ce sens, le patient est responsable de l'ensemble des décisions qu'il prend.
- Dans ce cadre, le soignant :
  - ne porte pas de jugement de valeur ;
  - ne nie, ni ne banalise ;
  - se rend disponible.

### **II ♦ Compréhension**

- Posture intellectuelle nécessaire à tout processus de communication.
- L'objectif du soignant est la bonne compréhension du message, son appropriation.
- Les techniques de **reformulation** y participent.

### **III ♦ Discrétion/confidentialité**

- Le soignant est tenu de respecter le secret professionnel et la confidentialité des informations.
- La discrétion s'entend comme une valeur personnelle forte et éthique.
- Elle engage à la retenue dans les propos que le soignant peut tenir à l'endroit du patient.
- Quant un patient a confié des choses importantes, le soignant choisit d'en faire part à l'équipe uniquement quand il estime que l'échange avec l'équipe va bénéficier au patient.

# Mémo 12

## Les outils de la communication

### I ♦ Écoute

#### A. Les postures d'écoute

Écouter, c'est être capable d'adopter un autre point de vue que le sien. C'est faire l'effort conscient d'entendre.

**Elias H. Porter** (psychanalyste et disciple de Carl Rogers) propose six attitudes interpersonnelles en situation de communication :

#### ♦ L'évaluation

C'est une réaction personnelle, un jugement moral, en fonction de ses propres idées. Elle induit un jugement de valeur rassurant ou non. Imposé ainsi, il ne laisse au patient que le choix de se soumettre ou de rompre la relation, au risque de mettre fin aux soins.

*Ex. : Je vous l'avais bien dit... Vous rendez-vous compte que...*

#### ♦ L'interprétation

C'est supposer, déduire ce qui vient d'être dit, sans tenir compte de ce que pense véritablement le patient. Cette recherche de réponse permanente peut être vécue comme violente par le malade.

*Ex. : Si je vous comprends bien... D'après vous...*

#### ♦ La solution immédiate

- C'est une réponse immédiate, sans approfondissement du problème.
- Les décisions se prennent sans inclure le patient qui devient passif.
- Proposer plus qu'imposer donne la possibilité au patient de s'approprier les réponses.

*Ex. : D'après-moi, il faut que vous... C'est certain, il faut que...*

#### ♦ L'investigation/l'enquête

Les questions posées permettent la recherche d'informations. Mais le soignant risque alors de les orienter vers ce qui l'intéresse. On retrouve cette attitude dans l'entretien directif.

*Ex. : À quel moment avez-vous pensé cela ?*

#### ♦ Le soutien/la consolation

Cette posture consiste à encourager l'autre. Le risque est une forme de banalisation des

difficultés rencontrées par le patient. Celui-ci risque de ne pas se sentir compris dans sa souffrance.

*Ex. : Ca va aller. Tout va s'arranger, je vous le promets.*

### ◆ La compréhension

C'est une posture d'ouverture à l'autre qui tend vers l'**écoute active**. Cette dernière est la seule facilitant l'expression et doit donc être privilégiée !

*Ex. : Êtes-vous en train de me dire que... Est-ce bien cela que... ?*

Les trois dernières sont considérées comme des attitudes de non influence. Leur utilisation parcimonieuse laisse au soigné sa pleine place d'acteur de soin, capable d'agir par lui-même et pour lui-même.

### B. L'écoute active

- Elle porte sur la **considération de l'autre** et se base sur le respect de ce qui est dit ou fait. C'est donc une approche centrée sur la personne.
- C'est une démarche active et volontaire qui engage le soignant à s'impliquer et vivre pleinement la complexité de la relation.
- Cette écoute est le préalable au lien de confiance et à l'**alliance thérapeutique**.
- Certaines techniques y contribuent (voir Mémo 13 Les techniques de communication).

## II ◆ Authenticité et réciprocité

- L'**authenticité** (ou congruence) est la capacité à demeurer soi-même dans la relation à l'autre, c'est-à-dire être capable de mettre en accord ce que l'on dit et ce que l'on ressent, mais aussi ce que l'on pense avec l'agir du corps.
- Elle permet au soignant d'**exprimer ouvertement** ce qu'il ressent quand c'est nécessaire, ce qui suppose d'avoir une excellente connaissance de soi.
- La qualité du lien avec le patient dépend pour le soignant de sa capacité à **recevoir la souffrance**. Pour ce faire, il lui faut **reconnaître l'autre**, **le considérer** comme un être unique : c'est alors seulement qu'il devient véritablement un **sujet de soins**.

## III ◆ Empathie

- Selon Carl Rogers, elle s'apparente à une attitude qui cherche à saisir les sentiments, les affects de la personne soignée, à comprendre la souffrance de l'autre sans se l'approprier.

*Ex. : Je comprends que votre situation soit difficile à vivre actuellement.*

C'est donc la capacité à **se représenter et percevoir le vécu** du patient sans se l'approprier. Elle se différencie de la **sympathie** qui consiste à vivre intensément les mêmes sentiments que le patient : la distance thérapeutique n'existe plus, puisque que le soignant se met à la place de celui-ci.

## IV ◆ Acceptation inconditionnelle et confiance dans les capacités de

## **l'autre**

- C'est une manière d'accueillir positivement et dans son ensemble ce qui se dit et ce qui se vit chez le patient.
- C'est être convaincu que l'individu est capable de faire face aux épreuves qu'il traverse pour les surmonter.
- L'objectif est de faire émerger chez le patient des ressources jusque là ignorées face à une situation de vulnérabilité nouvelle.
- Pour ce faire, il faut pouvoir se montrer bienveillant, sans préjugés nuisibles.

# Mémo 13

## Les techniques de communication

### I ♦ Nature des questions

- Les **questions ouvertes** permettent de faire préciser certains éléments du discours du patient. Reposant sur le principe de non influence, elles favorisent l'expression de l'autre par l'échange. Le point de vue comme les sentiments du patient sont respectés.
- Les **questions fermées** demandent une réponse simple, « oui » ou « non », nécessaire au soignant pour aider efficacement le patient. Il ne s'agit pas d'un interrogatoire mais d'un outil d'obtention d'une réponse rapide et fiable afin d'adapter la prise en charge.

### II ♦ Reformulation

#### ♦ Éléments de définition

- **Reformuler**, c'est reprendre avec d'autres termes plus explicites ce que l'autre dit. C'est exprimer ce que l'on a perçu de son message.
- C'est donc vérifier la bonne compréhension de la parole sans interpréter.
- La reformulation permet aussi de recentrer un entretien sur des éléments particuliers que l'on souhaite approfondir.

#### ♦ Les types de reformulation

- **La reformulation reflet** (ou miroir) : les phrases ou des termes équivalents à ceux du patient sont répétés.

*Ex. : En d'autres termes... Vous voulez dire...*

- **La reformulation-clarification** : vise à clarifier les propos par la mise en relief du sens de ce qui est dit, ce qui en est le plus important.

*Ex. : Si je comprends bien ce que vous me dites...*

- **La reformulation-synthèse** : elle reprend l'ensemble des éléments évoqués par le patient pour en résumer l'essentiel.

*Ex. : Si je vous suis bien, vous me dites en somme que...*

La reformulation est le principal outil pour faire prendre conscience au patient ce qu'il vit. En d'autres termes, la reformulation cherche d'abord à aider l'autre à entendre ce qu'il a dit et à accepter le ressenti qui en découle. Le patient se sent dès lors écouté et entendu. La relation de confiance peut s'installer.

Son utilisation devra être parcimonieuse dans un souci d'authenticité.



### **III ♦ Focusing**

- Le soignant, par cette technique, aide à faire préciser en mots une pensée ou un sentiment, parfois vague, à partir du somatique du patient (son ressenti ou ce qui est observable).
- Le soignant accompagne ensuite le patient vers la recherche d'une solution satisfaisante pour le patient.

### **IV ♦ La clarification**

- Elle consiste à rendre plus clair ce qui a été dit.
- Cette technique permet au patient de mieux analyser et comprendre une situation donnée afin de trouver certaines réponses à une problématique donnée.

### **V ♦ La confrontation**

- Cette technique consiste à mettre en relief les contradictions apparentes dans le discours du patient afin de clarifier la problématique du patient.
- Ces contradictions relèvent parfois de **mécanismes de défense**, la technique de la confrontation doit donc être utilisée avec parcimonie.

### **VI ♦ La place des silences**

- Parce que l'on ne peut pas ne pas communiquer, le silence est une forme à part entière de communication.
- Pour Jacques Salomé, psychosociologue, les silences sont un « *espace à la rencontre des mots* » qui permettent d'adopter une attitude réflexive.
- Ils marquent le temps d'assimilation de l'information ou sa compréhension et sont utiles pour assurer des relances.
- Ces silences rythment tout processus de communication et doivent être respectés.

# Mémo 14

## Les différents entretiens en soins relationnels

*L'entretien est un soin à part entière. Il s'expérimente selon des objectifs préalablement établis.*

### **I ♦ Entretien d'accueil**

- Fondé sur l'écoute, il constitue le premier moment clé permettant au patient de se sentir reconnu et accepté dans son unicité. Il donne aussi l'occasion d'approfondir la demande de soin.
- Il s'accompagne souvent d'un second temps ou entretien, dit de **recueil d'information** où l'observation clinique prend toute sa place. Il permet d'orienter si nécessaire.
- Il se retrouve aussi dans les situations de crise (décompensation, automutilation...) représentant une urgence à part entière.

En ce sens, il fait le lit du **lien de confiance** indispensable à l'établissement de l'**alliance thérapeutique**.

### **II ♦ Entretien d'aide ou de soutien psychologique**

Celui-ci s'appuie sur l'échange et l'accompagnement ayant pour objectif de favoriser l'autonomisation de la personne. L'utilisation d'attitudes particulières au soignant (empathie, écoute active, congruence et non jugement) permet d'établir la **relation d'aide** (voir Mémo 15 La relation soignant-soigné).

### **III ♦ Entretien infirmier**

L'entretien infirmier, programmé ou non, est un outil particulièrement utile dans une approche humaine des soins. L'utilisation de cette technique s'inscrit dans le **projet de soin** du patient. Certains paramètres en structurent la forme :

- le **lieu** : propice à l'échange, donc calme, un bureau sera privilégié en cas d'entretien programmé. Selon l'opportunité et la disposition d'esprit du patient, d'autres lieux tels que la chambre peuvent s'envisager. L'important est de saisir le moment.
- le **temps** : l'organisation des soins en milieu hospitalier suggère de cadrer le temps de l'entretien comme c'est le cas pour les entretiens thérapeutiques. Cependant, le moment comme la durée de l'entretien ne peuvent être prédéfinis. C'est la permanence de la présence soignante au cours de la journée qui garantit d'abord la possibilité de cet exercice.

- les **objectifs** : dans le cas des entretiens infirmiers le but peut être l'échange d'information, l'éducation (apport de connaissance), le soutien (qui se retrouve dans la relation d'aide) à des fins thérapeutiques.

L'entretien infirmier n'est pas une conversation amicale, mais le support de toutes les expressions et émotions qu'il s'agit de questionner dans sa pratique afin de répondre à un objectif prioritaire : le mieux-être du patient.

## **IV ♦ Entretien informel**

- C'est une forme d'échange non formalisé par un cadre de fonctionnement classique. En d'autres termes, ce sont tous ces temps de conversation, de parole libre, des moments d'échange non programmés et sans objectifs thérapeutiques préétablis qui se déroulent au fil d'une journée.
- À l'inverse des entretiens d'aide infirmiers formalisés, ils sont brefs et ils peuvent se passer dans tout lieu (attention à tenir compte des risques environnementaux : bruits, confidentialité...). Au fil de ces entretiens, le lien se forge et la **relation de confiance** se développe au profit de la relation soignant-soigné.
- Moment privilégié, il constitue un intéressant support thérapeutique si le soignant sait saisir le moment et la demande (parfois implicite) du soigné, tout en tenant compte du contexte dans laquelle elle s'établit.

## **V ♦ Méthodes d'entretien**

- **Entretien non directif** : basé sur l'écoute active, l'empathie dont fera preuve le soignant. Autorise le patient à exprimer au mieux son ressenti. Le soignant pose des questions, parfois à l'aide de la technique de reformulation-clarification. C'est une méthode d'entretien où **le patient et son vécu sont le centre d'intérêt** du professionnel. C'est l'entretien privilégié en **relation d'aide**.
- **Entretien semi-directif** : les questions y sont préparées à l'avance et sont fonctions d'objectifs précis. Les réponses ne sont pas orientées par le soignant.
- **Entretien directif** : le soignant dirige l'entretien à partir d'un questionnaire type qui permet d'avoir une vision précise de la situation du patient, d'être immédiatement opérationnel en cas de besoin.

*Ex. : L'entretien de recueil d'information, les entretiens médicaux d'investigation diagnostique aux urgences.*

# Mémo 15

## La relation soignant-soigné

### I ♦ Éléments de définition

Jacques Chalifour dit ceci : « *La relation est un processus circulaire où chacun interagit avec l'autre* » (*La relation d'aide en soin infirmiers*, 1989).

- La relation dans le soin concerne deux individus entrant dans une relation dont la **singularité** est la **nature même du soin**.
- Pour le soin relationnel, la relation fait donc partie intégrante du soin.
- Celle-ci s'appuie sur la **permanence des interactions** entre deux personnes (la relation) tout au long du processus de soin : l'infirmier, au même titre que le patient, est partie prenante dans la relation, parce qu'il fait le choix conscient de l'investir, d'y apporter la couleur de sa personnalité et de ses émotions.
- La prise en compte des **déterminants psycho-sociaux** (âge, sexe, représentation, culture, religion, émotions...) et physiques (handicap, maladie) y est indispensable.

Tout soin ou acte déterminé par le milieu hospitalier objective donc une relation soignant-soigné. Cependant, sa dynamique dépend du rapport établi au décours des interactions humaines. C'est pourquoi, on peut considérer qu'une relation de soin est d'abord individualisée et qu'en définitive elle personnalise la prise en charge.

### II ♦ Les différentes étapes de la relation

- Louis MALABEUF (« La relation soignant-soigné, du discours au passage à l'acte », *Soins Formation Pédagogie*, n° 4, 1992) présente **quatre niveaux de relation** évoluant au cours du temps :
  - **la relation de civilité** : c'est une relation superficielle qui repose sur des propos banals et chacun parle de tout sauf de l'essentiel ;
  - **la relation fonctionnelle** : c'est une phase d'enquête du soignant qui permet le recueil de l'information (pathologie, habitudes de vie...) indispensable à la prise en charge du patient ;
  - **la relation de compréhension, de soutien, de réassurance** : elle s'appuie sur un début d'empathie afin d'accompagner et rassurer. Elle signe le désir du soignant « d'entendre » le patient ;
  - **la relation d'aide thérapeutique**.
- Carl Rogers précise que la relation d'aide est « *une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation* » (*La*

*relation d'aide et la psychothérapie, 2002).*

- Centrée sur la personne (et non la maladie), son objectif est de soutenir la personne malade en favorisant sa maturation psychique et la recherches de solutions internes propres à contourner ses difficultés de vie.
- Relation de type empathique, elle s'accompagne de trois attitudes :
  - l'**écoute active** ;
  - la **congruence** (ou authenticité) : c'est la concordance entre les paroles et les sentiments du soignant ;
  - le **non jugement** : c'est demeurer bienveillant et considérer le patient positivement quoi qu'il advienne.

### **III ♦ La proxémie dans les soins**

- Chaque personne a besoin d'un espace personnel.
- Développé par Edward. T. Hall, la proxémie est la distance physique qui s'établit entre des personnes en interaction, et selon les sentiments qu'elles se portent. Cet espace, sorte de « bulle spatiale », est ressenti comme un bien propre : toute atteinte sans accord préalable (explicite ou implicite) induit du désagrément ou de l'agressivité.
- Quatre catégories se dégagent :
  - la **distance intime** (0-45 cm) : s'apparente aux relations des proches et de la famille que l'on embrasse ou enlace ;
  - la **distance personnelle** (45-125 cm) : touche aux relations interpersonnelles, par exemple aux relations amicales ou/et professionnelles. C'est la distance maximum de l'emprise physique sur autrui ;
  - la **distance sociale** (125-360 cm) : pas de contact physique possible, c'est la distance acceptée pour les simples connaissances ;
  - la **distance publique** (au-delà de 360 cm) : touche à la relation en public, lors de la dispensation d'un cours par exemple.
- Modèle occidental : les distances décrites dépendent avant tout de sa propre éducation, de sa culture et du degré de connaissance que l'on a de la personne.

### **IV ♦ La distance thérapeutique**

#### **♦ Éléments de définition**

- Elle s'apparente à une mise à distance respectueuse de la part du soignant, c'est-à-dire que la rencontre prend place en dehors de toute sphère amicale ou sentimentale. Ainsi, le soin élaboré à deux peut trouver sa juste place à l'intérieur du cadre hospitalier.
- Garder la juste mesure permet de maintenir un lien thérapeutique afin de rester au plus près de la demande d'aide. Le thérapeute (ou soignant) est le garant du cadre de fonctionnement de la relation.

#### **♦ Le transfert et le contre-transfert**

- Le **transfert** est inconscient, il est la projection d'une émotion, d'un sentiment (frustration, désir, colère) d'un objet (le patient) sur un autre (le soignant).
- Le transfert présente un intérêt particulier quand il favorise la prise en charge et notamment l'adhésion aux soins : on parle de **transfert positif**.
- Le **contre-transfert** est la réponse (réactions inconscientes) du soignant au transfert dont il fait l'objet. Les sentiments (agacement, rejet, sympathie...) qu'il suscite chez le soignant vis-à-vis du patient peuvent être négatifs et altérer la qualité de la prise en charge individualisée.
- Au cours des soins, la fragilité des situations rencontrées expose le soignant à certaines émotions et sentiments. S'ils submergent le soignant et deviennent ingérables, ils peuvent impacter la relation parce qu'ils l'empêchent d'entendre son patient.
- Quand le soignant fait sien le ressenti du patient, qu'il intériorise ses émotions, il n'y a plus la distance thérapeutique nécessaire : l'empathie risque alors de faire place à l'évitement ou à la sympathie.
- C'est un risque que doit mesurer le soignant par l'analyse de sa pratique et le repérage de ses réactions émotionnelles, comme celles du patient, afin de le contourner.

## **V ♦ L'alliance thérapeutique**

### **A. Éléments de définition**

- L'alliance représente tout acte d'union par lequel deux personnes s'allient par engagement mutuel (un contrat de soin écrit peut être passé).
- Dans le cadre des soins, l'alliance thérapeutique signifie la collaboration active du patient avec le soignant (ou le thérapeute) contre un adversaire commun : la maladie ou la souffrance.
- Elle implique un **principe de réciprocité**.
- Nicolas Duruz dit que l'alliance thérapeutique est un processus interactionnel par lequel client et thérapeute « *expriment cognitivement et affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement* » (*Psychothérapie ou psychothérapies ?* 1994)
- La mise en place de cette alliance suppose :
  - une compréhension bienveillante et empathique de la part du thérapeute pour développer un engagement réciproque ;
  - que les partenaires de cette relation se reconnaissent, s'acceptent ;
  - un accord et des buts communs sur les objectifs de soins et le cadre du traitement.

### **B. Besoins/désirs/attentes**

#### **♦ Les besoins**

- Abraham Maslow, psychologue, propose une hiérarchie des besoins sur laquelle Virginia Henderson s'est par la suite appuyée.







- Les demandes sont **implicites** quand elles ne sont pas formalisées à l'oral. Les besoins du patient sont déduits de la situation de soins, de l'expression du visage, de manifestations cliniques.... Elles sont sous-tendues par l'expérience professionnelle et la bonne connaissance du patient.

#### **D. La relation de confiance**

La confiance est une « croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui nous rend incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence » (CNRTL).

Toute relation soignant-soigné de qualité a pour socle la relation de confiance.

- Elle suppose que chacun des protagonistes soit reconnu réciproquement (compétence professionnelle pour l'un, capacité à décider pour l'autre).
- La confiance implique un réel engagement personnel durable et s'éprouve au travers des situations de soins.

#### **E. Le consentement éclairé et l'information du patient**

L'**alliance thérapeutique** basée sur le rapport de confiance s'appuie d'abord sur le principe d'honnêteté que l'on doit au patient. Ce dernier doit être suffisamment informé pour donner son consentement éclairé aux soins. Le législateur confirme ce principe au travers de différents textes.

##### **◆ Loi du 4 mars 2002 relative à l'information du patient**

- Elle reconnaît le droit du patient à être informé sur son état de santé, à consentir aux soins prodigués (le consentement éclairé).
- Elle impose au praticien hospitalier l'**obligation d'informer de façon loyale, claire et appropriée** le patient sur son état de santé, ainsi que sur les actes, thérapeutiques et soins qui lui sont proposés.
- Trois exceptions à ce devoir sont possibles :
  - l'urgence ;
  - l'impossibilité d'informer le patient (maladies neuro-dégénératives...) ;
  - le refus du patient de connaître son diagnostic ou son pronostic.

##### **◆ La charte du patient hospitalisé**

- L'information donnée au patient doit être **accessible** (simple) et **loyale** (réelle).
- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre** (sans contrainte) et **éclairé** du patient (juste information sur les actes et leurs conséquences).
- L'information (bénéfices/risques) du patient constitue donc un élément concret du consentement éclairé aux soins. Elle doit être adaptée au **niveau de compréhension** du patient. Enfin, elle donne lieu à une **traçabilité écrite**.

#### **F. Le refus de soins**

- La loi du 4 mars 2002 affirme le droit au refus de soin.
- Le médecin se doit de respecter la volonté de la personne **après l'avoir informée des conséquences de ses choix** et avoir tout mis en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins à dispenser (sauf exceptions prévues par la loi).
- La charte du patient hospitalisé indique aussi la possibilité de refuser ou d'interrompre son traitement. Le **refus de soin** doit se faire en toute connaissance de cause (devoir d'information). Parce que c'est un droit, il doit être entendu et respecté par le soignant.
- Le refus de soin oppose deux logiques soignantes contradictoires :
  - le principe d'autonomie du patient ;
  - l'obligation de soins du personnel soignant.

De fait, il doit être interrogé afin que l'accompagnement de la personne soignée se poursuive.

### G. La négociation des soins

- Toute forme de refus de soins implique que le patient soit justement informé sur les conséquences de son refus. Ce temps se traduit par une réponse aux questions et une **présentation objective de la situation** (la nature des soins, les bénéfices attendus), ceci, en privilégiant les besoins, à la recherche du maintien de son état de santé et donc dans **l'intérêt exclusif de la personne soignée**, afin qu'une solution acceptable soit trouvée.
- L'évolution de la prise en charge et des objectifs thérapeutiques induit un renouvellement des temps de négociations.

# Mémo 16

## La gestion de l'agressivité

### **I ♦ Comprendre l'agressivité**

- L'agressivité est souvent le résultat d'un état de stress, de vulnérabilité.
- La souffrance s'exprime quand la situation vécue devient angoissante.
- De l'intention des mots, l'individu passe parfois à l'usage délibéré de la violence dite « physique ».
- En passant d'un état agressif à la violence, l'autre, qui était encore considéré, devient objet à détruire : la relation est rompue.

### **II ♦ Prévenir le conflit et la violence**

#### **♦ Le questionnement professionnel**

Afin de prévenir tout conflit, il peut être utile de se poser les questions suivantes :

- *pourquoi le patient fait-il preuve d'agressivité ? Quelle en est l'origine (pathologie, événement...) ?*
- *quelles sont ses inquiétudes, ses difficultés, ses besoins réels ?*
- *comment puis-je me comporter ?*

#### **♦ Les manifestations possibles**

Plusieurs signes sont à décrypter avant un passage à l'acte agressif d'un patient ou d'un membre de l'entourage :

- un comportement inhabituel : des gestes vifs et amples ;
- un non verbal fermé, dédaigneux : le visage est figé, attitude en retrait ;
- un vocabulaire inapproprié, grossier, visant à blesser ;
- un sentiment d'autodépréciation, de culpabilité : « *Je ne suis bon à rien.* »

### **III ♦ Répondre à une agression : les attitudes gagnantes**

- **Pratiquer l'écoute** : elle permet de mettre en relief la nature cachée du message (angoisse, inquiétude, tristesse...).
- **Exprimer sa compréhension** : il s'agit d'accorder aux mots ou aux sentiments exprimés toute l'importance voulue. La personne se sent alors reconnue.
- **Reformuler** : c'est la technique d'écoute de base qui permet d'amorcer le dialogue tout en mettant à distance l'émotion. « *Je remarque bien que vous êtes énervé. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi ?* »

- **Offrir son aide** : complète la reformulation.
- **Concevoir le patient positivement** : les failles individuelles ne mettent pas en causes les qualités de la personne soignée.
- **Garder son calme** : un ton posé et un discours clair démontrent le souci de mieux comprendre la situation et préviennent tout risque d'**escalade symétrique**.
- **Pratiquer l'humour** : c'est un outil atypique et décalé qui désamorce certaines situations tendues.
- **Faire preuve d'assertivité** : c'est être capable d'exprimer son ressenti, son positionnement (s'affirmer), sans se justifier mais en respectant le patient, c'est-à-dire en le considérant.
- **Proposer une solution** (quand cela est possible).

#### **IV ♦ Les mesures de protection pour le soignant**

Elles visent à préserver l'intégrité physique autant que psychologique du personnel.

- **Déterminer la « juste distance »** : elle confère au soignant son rôle d'aidant et s'accompagne d'une distanciation physique (dans un premier temps), afin que soit évalué un danger potentiel.
- **Éviter le face à face** : il potentialise le risque de passage à l'acte violent et renvoie à l'idée de duel. Privilégier une conduite d'aide en se plaçant à côté de la personne.
- **Se mettre au même niveau** : marquer ainsi son désir d'écoute en ajustant sa position vis-à-vis du patient :
  - la relation se situe en miroir de l'autre, sur un mode symétrique ;
  - le rapport soignant-soigné exclut alors celui de « dominant » (celui qui est debout, qui sait) – « dominé » (celui qui est assis ou allongé, qui subit).
- **Contrôler son ressenti** : une bonne connaissance de soi permet d'éviter de répondre en écho à l'agressivité reçue (les contre-attitudes) en jugulant l'expression de sa propre agressivité.
- **Rappeler le cadre de fonctionnement** : le soin est libre et consenti. Le principe de respect de la personne vaut aussi pour le personnel. Toute injure est inacceptable. Ce principe acquis, la bonne continuité des soins peut être assurée.
- **Gérer la situation en équipe** : la présence d'au moins deux soignants permet de juguler l'agressivité, en évitant qu'un seul soignant devienne l'exutoire des frustrations.

## Mémo 17

# Le toucher dans les soins : intérêt dans la relation thérapeutique

*Lors du processus de communication, le décryptage du message met en œuvre tous nos sens et en particulier l'ouïe, la vue et le toucher.*

### **I ♦ L'ouïe**

- La perception de message passe par ce canal de communication. L'oreille permet d'écouter objectivement ce qui est dit (le sens premier du message).
- La partie non verbale de la communication, subjective (ton, rythme de parole...), permet de moduler le sens du message.

Au-delà des propos « neutres » verbalisés par le patient, peuvent transparaître, par les modulations de la voix, une anxiété ou tout autre sentiment en contradiction avec le message verbal.

Une **phase exploratoire** est alors nécessaire afin de s'assurer de ce que le soignant a compris et perçu.

### **II ♦ La vue**

Elle analyse, décrypte la partie non verbale du message.

L'observation clinique du soignant peut s'apprécier dans la lecture des signes de la douleur (faciès, posture, signes cliniques inflammatoires...).

Les informations recueillies doivent être analysées le plus objectivement possible en faisant fi de ses propres représentations.

### **III ♦ Le toucher dans la relation de soin**

- La nature des soins infirmiers (relevant du rôle propre ou soin technique), implique nécessairement l'utilisation du toucher.

Il se situe entre la **distance personnelle** et la **distance intime**.

Le passage de l'une à l'autre se fait avec précaution, par la manifestation ostensible du désir du soignant de se rapprocher (voix, gestuelle...).

- Ce support de communication laisse place au refus ou à des résistances qui doivent être entendues et acceptées.

Il s'agit de se montrer attentif aux réactions du patient.

Le contact visuel favorise la communication même chez un individu incapable de

s'exprimer.

- La proximité intime n'est pas un choix du patient mais une nécessité dictée par la maladie (perte d'autonomie) et les soins.

Il est donc souhaitable de toujours demander au patient s'il est possible de l'aider dans les actes de la vie quotidienne. Son acquiescement suppose qu'il fait confiance au soignant.

- L'objectif principal est l'apaisement des tensions et douleurs psychiques et physiques.

## UE 4.3 - Soins d'urgence

- >>> [Mémo 18 - L'alerte](#)
- >>> [Mémo 19 - Urgences vitales](#)
- >>> [Mémo 20 - La prise en charge des urgences potentielles](#)
- >>> [Mémo 21 - Les risques collectifs](#)
- >>> [Mémo 22 - Plans de secours](#)
- >>> [Mémo 23 - Démarche de soins en situation d'urgence](#)
- >>> [Mémo 24 - L'accueil des familles en situation de crise ou/et d'urgence](#)
- >>> [Mémo 25 - Les acteurs de l'urgence](#)
- >>> [Mémo 26 - Rôle de l'infirmier au service des urgences](#)



# Mémo 18

## L'alerte

### Alerter

**L'alerte doit être donnée rapidement car elle constitue le maillon essentiel de la gestion de l'urgence, qu'elle soit intra- ou extra-hospitalière.**

- *Avant tout appel il faut s'assurer de savoir où vous vous localisez géographiquement (rue, autoroute, numéro de salle, service, étage...).*
- *Il faut évaluer l'état de conscience, la respiration, la fréquence cardiaque et veiller à la libération des voix aériennes de l'impliqué.*
- *Dans le cas de l'urgence vitale et dès le bilan réalisé, il faut entreprendre la prise en charge du ou des impliqués et demander de l'aide pour passer l'alerte.*

### I ♦ Procédure d'alerte en intra-hospitalier

- Appeler le numéro unique dédié à l'urgence vitale (*dont vous devez avoir connaissance*).
- Indiquer le lieu où se trouve le patient.

Dans toute structure hospitalière, il existe une réponse médicale immédiate 24h/24 et 7j/7 donnée par une équipe responsable de la chaîne de survie intra-hospitalière. Elle est composée d'un médecin anesthésiste, urgentiste ou réanimateur et d'une infirmière.

- Attendre l'arrivée de cette équipe, tout en réalisant les gestes d'urgence qui doivent être impérativement mis en œuvre.

### II ♦ Procédure d'alerte en extra-hospitalier

- Contacter le centre d'urgence le plus adapté.
- Indiquer le plus précisément possible le lieu de l'accident.
- Donner la nature de l'urgence.
- Donner le nombre et décrire l'état des victimes.
- Indiquer les premiers gestes de secours réalisés.
- Évaluer les risques associés.
- Attendre les instructions du régulateur.

### Numéros d'urgence :

**15** : aboutit au centre de réception et de régulation médicale (SAMU) qui est chargé de fournir une réponse adaptée aux problèmes médicaux soumis (conseil et orientation médicale). Il dispose pour ce faire des médecins généralistes de garde ou d'une structure

équivalente type SOS médecin ainsi que le SMUR et les équipes de secours aux victimes.

**18** : aboutit au centre de régulation des pompiers qui assurent la protection des personnes, des biens et des moyens de production économique ainsi que celle de l'environnement.

**17** : aboutit au centre de régulation de police secours ou à la gendarmerie. Policiers et gendarmes sont garants de l'ordre public. Ils assurent la sécurité des personnes, des biens et des institutions.

**112** : est un numéro d'appel d'urgence au niveau européen, il peut être utilisé par des étrangers qui circulent en France et qui n'ont pas connaissance des numéros français ou à l'inverse par des Français circulant en Europe.

*Un téléphone portable même verrouillé peut envoyer des appels d'urgence.*

# Mémo 19

## Urgences vitales

- *Une urgence vitale correspond à la survenue d'une détresse pouvant conduire au décès si elle n'est pas corrigée immédiatement. Une ou plusieurs grandes fonctions vitales sont atteintes.*
- *Sa prise en charge doit être la plus précoce possible et organisée : hiérarchiser les priorités est la clef d'une bonne prise en charge.*

### **I ♦ Identifier un danger réel ou potentiel**

Vous ne devez pas intervenir si vous n'avez pas identifié les différents dangers.

### **II ♦ Analyser**

#### **♦ Premier acte**

Avant toute action il est essentiel d'avoir fait une rapide analyse de la situation complète (une présentation cardinale et un examen primaire). Cette étape permet la mise en place et la chronologie des actions à réaliser.

#### **♦ Il faut répondre aux 4 questions suivantes :**

- où ? le lieu où se trouve l'incident
- quoi ? les dangers présents
- combien ? le nombre de victimes
- dans quel état ? la gravité des victimes (urgent/critique).

La réponse à ces questions doit être effectuée avant d'entreprendre une action. *Une fois dans l'action vous perdrez tout détachement nécessaire face à une urgence.*

### **III ♦ Se protéger soi et les autres**

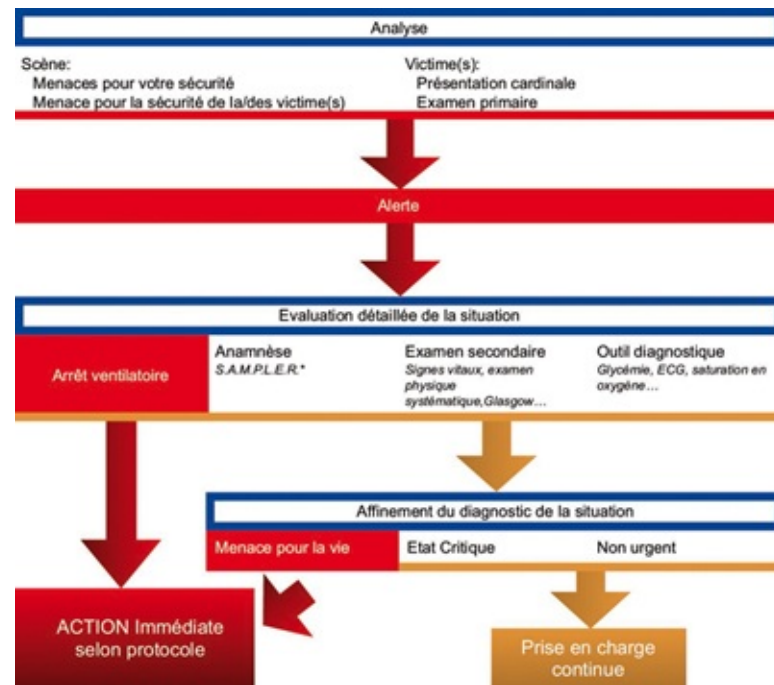
**Avant d'entreprendre toute action il faut s'interroger sur les risques d'aggravation que cela peut déclencher.**

L'objectif est de supprimer ou d'écartier un danger lorsqu'il existe, que ce soit pour la victime elle-même, les témoins ou le sauveteur (*vous-même*).

- Les risques à envisager :
  - le danger initial, à l'origine de l'accident, peut persister
  - l'accident peut être générateur de danger,
  - la situation peut s'aggraver.
- La conduite à tenir consiste en une observation rapide et rigoureuse de l'environnement

proche de la victime de manière à identifier tout risque de « sur-accident » ou d'aggravation de la situation.

- Les objectifs de la protection sont de supprimer ou de limiter le danger pour la victime, pour les témoins et le sauveteur.



## S.A.M.P.L.E.R.

- Signe et symptôme
- Allergies
- Médicaments
- Passé médical
- Last oral intake (la dernière prise orale)
- Événement ayant précédé la maladie
- Risque facteur

# Mémo 20

## La prise en charge des urgences potentielles

**Potentielle** : Conditionnelle, éventuelle, hypothétique, désigne une action qui deviendrait réelle dans l'avenir si la condition était réalisée.

**Urgence** : Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard. Nécessité d'agir vite.

**Urgence médicale** : Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.

**Urgences (les)** : Service hospitalier où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat.

*Une urgence potentielle est donc une situation, qui non corrigée, mènera à une urgence qui ne pourra plus souffrir d'attente sans risque d'aboutir à la survenue d'une détresse vitale.*

### I ♦ Identifier l'urgence

Il vous faut dans ces situations, être apte à repérer les signes d'une situation pouvant conduire à une urgence, c'est-à-dire : savoir reconnaître les signes de choc.

### II ♦ Examen primaire

ABC.

« **Airway** » – voies respiratoires (vérifier l'état de conscience, la position du patient puis, explorer les voies aériennes supérieures et évaluer leur perméabilité de façon à libérer ces voies)

« **Breathing** » – ventilation (observer la respiration, l'apparition de cyanose, mesurer la fréquence respiratoire)

« **Circulation** » – la circulation (rechercher une hémorragie externe, surveiller la perfusion sanguine interne par la coloration de la peau et temps de re-coloration, observer la sudation, mesurer le pouls et la température)

Le score de Glasgow est un indicateur de l'état de conscience d'un patient. Dans le contexte d'une situation d'urgence, il permet au médecin de choisir la stratégie la plus adaptée au maintien des fonctions vitales.

En premier secours, la notion d'inconscience correspond globalement à un score total inférieur à 8 (15 : tout va bien, 14 à 10 : somnolence ou coma léger, 9 à 7 : coma lourd, 6 à 3 : coma profond ou mort).

## Score de Glasgow

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
+ 1 nulle	+ 1 nulle	+ 1 nulle
+ 2 à la douleur	+ 2 incompréhensible	+ 2 extension
+ 3 à la demande	+ 3 inappropriée	+ 3 flexion
+ 4 spontanée	+ 4 confuse	+ 4 évitement
	+ 5 normal	+ 5 orientée
		+ 6 aux ordres

Pupilles :

Taille (normal, Réactivité (les pupilles se contractent lorsqu'on les éclaire) Symétrie (éclairer l'œil droit le gauche réagit) myosis et mydriase)

### III ♦ Examen secondaire

Déshabiller le patient et le protéger contre les pertes thermiques.

Signes vitaux :

- pouls
- respiration
- température
- pression artérielle

puis anamnèse ou histoire de la maladie.

# Mémo 21

## Les risques collectifs

*Nos sociétés modernes recourent à divers outils : Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques (NRBC) pour leurs productions énergétiques, techniques ou scientifiques.*

- *L'usage de ces outils est contrôlé par une application stricte de règlements et de procédures.*
- *Toutefois des ruptures ponctuelles de ces systèmes de contrôle ont pu occasionner des contaminations individuelles ou collectives.*

*Même rares jusque-là, elles doivent être prises en compte.*

### ◆ Deux types de situations catastrophiques peuvent exister

- la première est d'ordre accidentel. Il peut s'agir d'un événement extérieur ou d'un dysfonctionnement aigu qui outrepasseraient les capacités de résistance d'un site (exemples : crash aérien, séisme, phénomène météorologique extrême, explosions type Tchernobyl ou AZF...).
- la seconde est l'utilisation délibérée de ces agents en tant qu'arme de guerre ou de terrorisme (exemples : l'attentat du métro de Tokyo au gaz sarin et l'attaque des Twin-Towers à l'aide d'avions...).

Une meilleure connaissance scientifique des agents pathogènes et un savoir-faire en matière de gestion sanitaire NRBC sont développés pour y faire face. Le gouvernement a mis en place des moyens diagnostiques adaptés permettant d'identifier ces risques. Des réponses nationales pour les aspects sanitaires ont été rédigées.

### I ◆ N.R.B.C.

- Un événement NRBC provoque en premier lieu des dégâts et des lésions spécifiques et dans un second temps un traumatisme psychologique majeur (effet d'ailleurs recherché par les terroristes).
- Les lésions peuvent être induites par propagation aérienne ou ingestion.

### II ◆ Risques chimiques

- Agents chimiques
  - neurotoxiques (VX, sarin...)
  - asphyxiants (cyanure, monoxyde de carbone...)
  - pulmotoxique (chlore, phosgène...).



### **III ♦ Risques radiologiques**

- Agents radiologiques
- rayonnements ionisants (alpha, beta, gamma, neutrons).

### **IV ♦ Risques biologiques**

- Agents biologiques de catégorie A
- *Bacillus anthracis* (anthrax)
- *Clostridium botulinum* (botulisme)
- *Yersinia pestis* (peste)
- ricine (attaque de la synthèse protéique)
- *Rabdovirus* (fièvres hémorragiques).

### **V ♦ Traumatisme psychologique**

Un événement particulièrement traumatisant sur le plan psychologique (mêlant sensationnel et effrayant : attentats, bombardements, accidents graves, catastrophes, violences physiques, viols) peut provoquer le syndrome de stress post-traumatique qui est une forme de trouble anxieux qui fait suite à l'événement.

La personne qui présente le tableau de stress post-traumatique peut être :

- la victime elle-même de l'événement,
- le témoin d'un événement ou accident survenu à un proche, ou d'une catastrophe ayant concerné de nombreuses victimes.

Le tableau se présente sous la forme d'une sorte de feed-back (retour, rappel) permanent de l'événement, sous forme de cauchemars, ou d'envahissement de la conscience chez le sujet éveillé.

# Mémo 22

## Plans de secours

*Le problème de la médecine de catastrophe est essentiellement un problème de gestion et d'organisation, il nécessite donc un plan d'action réfléchi à l'avance avec l'ensemble des partenaires.*

*L'action des secours repose :*

- pour le **volet extra-hospitalier** sur les plans **Nombreuses Victimes (NoVi)** du plan ORSEC,
- pour le **volet hospitalier** sur les plans **blancs d'établissement et plans blancs élargis départementaux et zonaux le cas échéant.**

### **I ♦ Plan ORSEC NoVi**

#### **Plan extra-hospitalier déclenché par le préfet départemental**

Les accidents ont été répertoriés et les instituts ont dû mettre en place des gestions de risques. L'étude des dangers : clé de voûte d'une politique de prévention des risques (exemple risque industriel : la directive Seveso prévoit l'élaboration d'un rapport de sécurité établi par l'entreprise qui peut servir de base ensuite aux plans d'urgence).

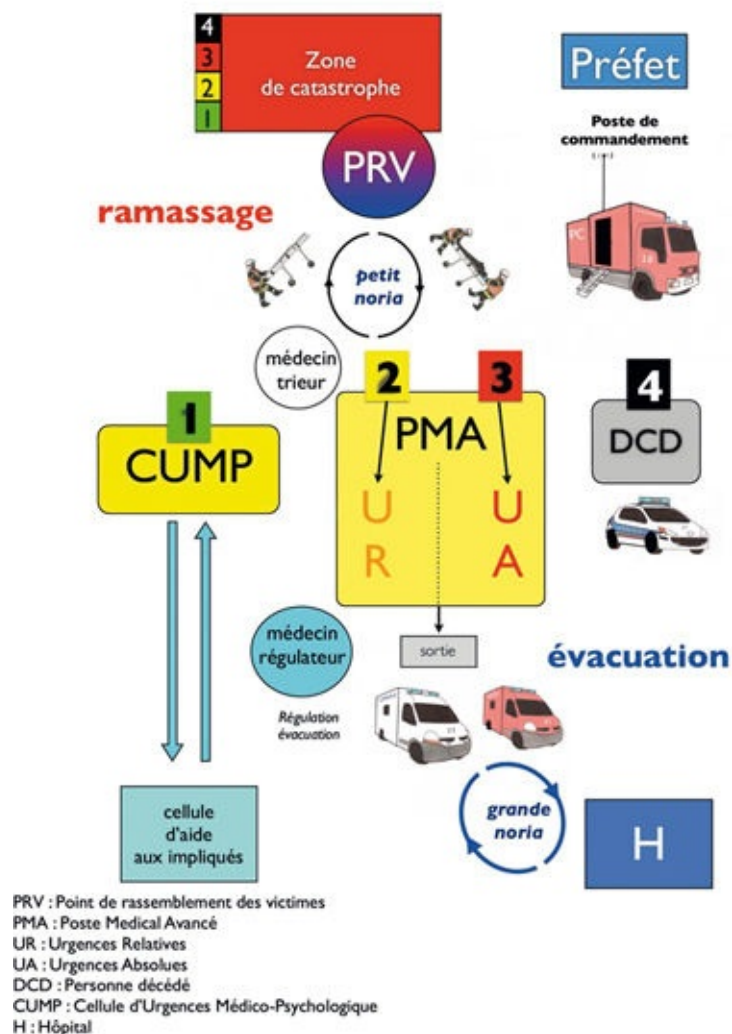
L'ancien « plan rouge » re-nommé plan ORSEC NoVi (pour Nombreuses Victimes), est un plan pré-établi déclenché par le préfet. Son but est de protéger les hôpitaux de l'afflux de victimes en le fragmentant dès la prise en charge sur le terrain grâce au Poste Médical Avancé (PMA) et à la régulation médicale du SAMU. Le préfet organise avec l'Agence régionale de santé (ARS) et le SAMU la chaîne des secours. Il met tous les moyens engagés sous un même commandement. Le préfet organise lui-même son plan et les modalités de son déclenchement. Il sera le seul à diriger l'opération. Il met en place 2 postes de commandement sur le terrain.

Il désigne :

- le Commandant des Opérations de Secours : COS qui prend toutes les décisions concernant les secours (issu des officiers des pompiers),
- le Directeur des Secours Médicaux : DSM qui prend en charge les décisions médicales (issu de l'équipe du SAMU).

COS et DSM sont identifiés sur le terrain par une chasuble rouge et blanc.

# PLAN ORSEC NOVI



- COS et DSM vont mettre en place un PMA pour le tri et deux zones de transport :
  - la petit noria de la zone d'incident au PMA,
  - la grande noria du PMA aux établissements de santé et vers une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

## II ♦ Plan blanc

### Plan intra-hospitalier déclenché par le directeur du centre hospitalier

- Comme pour le milieu extérieur, il a été demandé aux établissements de santé de mettre au point des plans d'action pour faire face aux situations d'exception ou pour organiser l'accueil hospitalier d'un grand nombre de victimes.
- Le plan blanc se compose de différents niveaux d'élaboration et de déploiement : un restreint sur l'établissement et des plans élargis départementaux ou zonaux.
- Ces plans ont pour but de prévenir la menace de paralysie du fonctionnement habituel de l'hôpital. Le principe de base du plan blanc est donc de prévoir le meilleur accueil pour un afflux de victimes tout en continuant d'assurer la sécurité aux patients déjà hospitalisés et éventuellement en assurant le fonctionnement des urgences habituelles.

« Chaque établissement élabore son plan blanc : celui-ci regroupe les consignes d'organisation intra-hospitalière pour cet accueil ainsi que les modalités de mise en place d'une cellule de crise. Le déclenchement du plan blanc est du ressort du directeur du centre hospitalier.

Le plan blanc des établissements de santé recense les moyens susceptibles d'être mobilisés et définit les conditions de leur emploi. Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles le personnel nécessaire peut-être maintenu sur place et, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie.

Les étapes de mobilisation des moyens humains et matériels sont déclinées de façon graduée et sectorielle. Chaque établissement de santé doit se doter d'une cellule de crise opérationnelle, pilotée par le chef d'établissement ou son représentant, cellule chargée de gérer l'alerte, ou encore la crise.

Le plan blanc des établissements de santé fixe également :

- l'organisation du tri, de l'accueil des victimes, de leur répartition selon la nature et la gravité de leur pathologie dans des unités spécialisées ou à défaut, les plus adaptées à leur prise en charge,
- les mesures d'adaptation des capacités de l'établissement, les transferts de patients, l'arrêt éventuel de l'activité programmée, la mobilisation des moyens de transport,
- les modalités de transmission de l'alerte au sein de l'établissement, ainsi que les liaisons internes et externes à l'établissement pour assurer la circulation des informations,
- les conditions d'accès, de circulation et de stationnement à proximité et dans l'enceinte de l'établissement,
- les mesures spécifiques aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC),
- un plan de confinement de l'établissement,
- un plan d'évacuation de l'établissement.

En cas d'accident NRBC, le flux des nouveaux arrivants doit être canalisé dans le cadre du dispositif d'accueil adapté, afin de ne pas contaminer tout l'établissement.

Les plans blancs dans l'organisation territoriale :

Les plans blancs des établissements de santé sont intégrés dans un plan blanc élargi qui définit le rôle et la place de chacun, au sein du département, en situation exceptionnelle. »

Cf. arrêté ministériel [www.sante.gouv.fr/le-plan-blanc.html](http://www.sante.gouv.fr/le-plan-blanc.html)

# Mémo 23

## Démarche de soins en situation d'urgence

### I ♦ Décret du 29 juillet

#### **Décret du 29 juillet 2004, 2004-802 art. R. 4311-14**

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.

Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin, il faut assurer les fonctions vitales. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte-rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

### II ♦ Compétences

Compétences impliquées dans les situations d'urgence (cf. portfolio)

#### ♦ **Compétence n° 1 :**

- Capacité à évaluer les besoins de santé, en élaborant un recueil de données permettant de spécifier et hiérarchiser le caractère de gravité : c'est-à-dire savoir évaluer le degré de l'urgence, hiérarchiser les problèmes suivant les priorités.

#### ♦ **Compétences n°s 2 et 9 :**

- Capacité à proposer un projet de prise en charge en « priorisant » les activités infirmières à réaliser : savoir s'engager dans une offre de soins en équipe pluridisciplinaire en tenant compte de l'urgence, d'un raisonnement clinique, et des ressources externes.
- Capacité à organiser et déléguer ces activités suivant les priorités : savoir s'intégrer et savoir déléguer au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

#### ♦ **Compétence n° 6 :**

- Capacité à conduire une communication adaptée aux personnes soignées et à leur entourage : savoir s'engager dans une aide relationnelle et gérer des situations à forte charge émotionnelle.

# L'accueil des familles en situation de crise ou/et d'urgence

- *La prise en charge psychiatrique des divers participants (victimes, témoins, familles...) lors de situations d'urgence montre actuellement encore des lacunes. Il est nécessaire d'instaurer une meilleure lisibilité des dispositifs mis en place. La réponse à une situation d'urgence varie suivant les lieux d'intervention.*
- *Les « Urgences » sont survalorisées ; les réponses ambulatoires, comme les ressources de prévention et de détection des troubles sont peu mobilisées. Il faut donc améliorer, créer, développer des circuits complémentaires mieux adaptés à la prise en charge de situations de crises.*

## I ♦ Les circuits complémentaires

### ◆ Le rôle des Centres Médicaux Psychologiques (CMP)

- Les CMP (anciennement dispensaire d'hygiène mentale) sont des établissements publics (ou faisant fonction) regroupant des spécialistes de soins mentaux. Il comporte des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmier(e)s, des assistants sociaux, des psychomotriciens, des orthophonistes...). Les consultations sont prises en charge par la Sécurité sociale.
- Les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé ; ils sont rattachés à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public). Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.
- Les CMP sont un maillon du réseau primaire. Ils adaptent (ou doivent adapter) leur fonctionnement pour être aptes à répondre à une situation non programmée (situation de crise) ; que cette réponse soit liée à des patients connus ou liés à une activité de « post-urgence ».

Ils doivent donc :

- proposer une réponse téléphonique utilisant toutes leurs compétences (médecins, infirmiers...), et élargir les horaires de cette réponse en mutualisant les moyens de plusieurs CMP ;
- faciliter l'accueil des familles venant évoquer un « cas d'urgence » ;
- développer des dispositifs mobiles pour intervenir à domicile et répondre à une prise en charge « psychopathologique » ou pour un patient ne voulant/pouvant pas se déplacer.
- Les autres intervenants ou centres : les services sociaux, un médecin généraliste, le



commissariat... peuvent intervenir.

- Les modalités d'intervention sont diverses, mais structurées :
  - VAD (visite à domicile) à partir des équipes de secteurs, VAD à partir d'une équipe mobile intersectorielle,
  - HAD (hospitalisation à domicile) respectant le cahier des charges défini dans la circulaire du 4 février 2004.

Que ce soit pour une visite ou une hospitalisation, l'équipe de soins à domicile assure, uniquement sur prescription d'un des psychiatres de l'équipe, le suivi à domicile et l'accompagnement de certains patients. L'intervention est placée sous la responsabilité d'un psychiatre, et un psychologue en assure le travail de supervision.

Cette forme d'intervention permet de recevoir des patients en situation de crise, mais non exclusivement, orientés par un médecin généraliste, en difficulté avec un patient.

Il est nécessaire de faire par la suite, un suivi conjoint entre le professionnel psychiatrique et le médecin généraliste.

## **II ♦ Organisation d'une réponse adaptée aux « Urgences » hospitalières**

- Les Services d'Accueil d'Urgence (SAU)

Pour toute la population, les SAU sont identifiés comme la réponse à toute urgence qu'elle soit somatique ou psychiatrique (conduites suicidaires ou addictives, troubles comportementaux...).

- Les objectifs des « Urgences » sont les suivants :
  - détecter et évaluer les troubles psychiatriques ;
  - initier un traitement précoce ;
  - réaliser un circuit de soins le plus court possible ;
  - limiter le recours à l'hospitalisation ;
  - éviter l'hospitalisation sous contrainte (en gérant la crise par une réponse appropriée et graduée au-delà de l'immédiat en utilisant des ressources alternatives) ;
  - prendre en charge les « suicidants » et favoriser la prévention des récurrences ;
  - assumer la composante psychiatrique des urgences médico-judiciaires.

Toutefois les « Urgences » générales ne sont pas une bonne réponse à des problèmes psychiatriques qui nécessitent une réponse à long terme. L'action des « Urgences » ne se limite pas à un tri et une orientation du patient mais doit permettre un travail lié à la crise et ses conséquences en organisant une réponse graduée ainsi que son suivi.

Il faut pour cela :

- assurer une prise en charge spécifique favorisant le travail de crise ;
- créer une filière liant urgence et post-urgence ;
- organiser en aval une réponse aux situations de crise sur le plan ambulatoire comme pour l'hospitalisation ;
- donner une réponse graduée et de qualité en fonction du flux de patients ;



- prévoir : une articulation avec le SAMU.

La présence d'un psychiatre au sein du SAMU n'est pas obligatoire, mais l'avis d'un psychiatre doit pouvoir être obtenue.

# Mémo 25

## Les acteurs de l'urgence

*L'urgence est une chaîne de différents maillons impliquant une organisation extrêmement bien définie.*

### **I ♦ La ou les victime(s)**

On appelle victime toute personne impliquée dans une situation la mettant face à un danger dont elle ne peut se soustraire d'elle-même.

Il faut les soustraire au danger et faire l'évaluation de leur état. Elles sont à l'origine de la chaîne.

### **II ♦ Le ou les impliqué(s)**

On appelle victime toute personne impactée par l'accident ou l'incident mais apte à y faire face s'il lui est indiqué la marche à suivre.

Leur prise en charge ne doit pas être négligée dans un premier temps pour ne pas augmenter le nombre de victimes en évitant le sur-accident.

### **III ♦ L'appelant**

L'appelant est le premier maillon de la chaîne, c'est lui qui fait l'état des lieux, il prévient et donne l'alerte.

Toujours s'assurer qu'un appel a bien été transmis. Il vaut mieux deux appels pour une même intervention que pas d'appel du tout.

### **IV ♦ Le secouriste**

Il réalise les premiers gestes d'urgence.

Il doit faire les premiers gestes d'urgence, soit par une action directe sur la victime (compression d'une hémorragie, massage cardiaque...), soit par la mise en sécurité de tous les intervenants (couper le courant électrique, mettre les impliqués derrière la glissière de sécurité sur l'autoroute...).

### **V ♦ Le transport**

Il est essentiel que le transport soit assuré au mieux en fonction de l'état de la victime.

Il existe différents moyens de transport, le plus adapté doit être choisi : du transport pédestre en passant par l'ambulance de secours jusqu'à l'hélicoptère.

### **VI ♦ Le lieu de prise en charge**

Il est essentiel que les victimes soient adressées dans les lieux les plus adaptés à leur situation : une mauvaise adresse entraîne une perte de temps et en conséquence une perte de chance de survie.

# Mémo 26

## Rôle de l'infirmier au service des urgences

*On constate une polyvalence des missions « infirmières » dans les différents secteurs des urgences :*

- *Infirmier organisateur de l'accueil (IOA)*
- *Infirmier en box et ou en SAUV*
- *Infirmier en Unité d'hospitalisation de courte durée UHCD.*

*Les Urgences sont les portes de l'hôpital ouvertes sur la ville et toute personne qui s'y présente, avec une demande d'ordre médical, doit être prise en charge. Pour gérer le flux de personnes, en augmentation constante, il a fallu mettre en place un tri afin de ne pas noyer les urgences vitales au milieu de ce flux.*

*Le triage des patients consultant en SU est nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate.*

*Le triage a pour fonction première d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet de mettre en œuvre les démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes à l'état de l'art médical. Il permet une orientation initiale cohérente au sein, voire en dehors, de la SU et de gagner ainsi en efficacité (décret de compétence).*

### **I ♦ Le rôle de l'I.O.A.**

L'IOA est l'infirmier positionné à l'entrée ; c'est lui qui doit trier les personnes qui se présentent.

#### **♦ Missions générales**

- *accueillir* de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée ;
- *définir les priorités* de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés ;
- *décider*, en fonction de ces derniers, du lieu de soins adapté.

Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux.

#### **♦ Missions permanentes**

L'IOA doit :

- *accueillir, évaluer et procéder à un tri* des patients arrivant aux urgences.

Il accueille, en effectuant un soin relationnel infirmier auprès du patient, afin de lui

permettre de comprendre et d'accepter les soins dans les meilleures conditions (gestion du stress, informations, écoute, installation, confort, prise en charge de la douleur). Il évalue rapidement le degré d'urgence afin de privilégier la prise en charge du patient présentant un caractère réel d'urgence.

Le tri doit s'effectuer à partir d'outils spécifiques utilisés dans le service ; suivant des protocoles écrits et signés par le responsable médical.

- **décider du lieu de soins adaptés** : il décide, en lien permanent avec le médecin référent, du lieu de soins approprié à l'état du patient, cela après le recueil et la synthèse des informations. Celles-ci sont obtenues par une observation, un entretien et la connaissance de tous documents en possession du patient. En cas de besoin, il fait appel à l'assistant(e) social(e).
- **informer, aider** : il informe le patient et ses accompagnants sur l'organisation des soins, le fonctionnement du service, le délai et les raisons d'une attente éventuelle ;
- **installer** : il installe ou fait installer le patient en fonction de ses besoins (chaise, brancard...), protection (froid), confort (position antalgique) ;
- **rassurer** : il rassure les familles et les informe des soins en cours, de l'attente des examens de laboratoire, radiologiques. Il est en relation permanente avec les médecins et infirmiers(ères) effectuant les soins. Il répercute l'information aux accompagnants ;
- **surveiller** : en fonction de la structure du service, il est amené à surveiller la salle d'attente et le box d'accueil de premiers soins ;
- **communiquer et coordonner** : il centralise les informations, localise les patients afin de pouvoir répondre à toute demande. Les familles doivent, par sa présence et ses informations, trouver un(e) interlocuteur(trice) référent(e) performant(e).
- **enseigner** : dans le domaine de sa spécificité, il encadre les étudiants infirmiers lors de leur stage en rapport avec le module « Urgence » et les infirmier(e)s en stage d'intégration.

Pour le tri il faut se référer à la classification française qui comporte 5 niveaux de priorité. Elle est basée sur un recueil de signes, de symptômes ou de circonstances. À chaque item correspondent 2 bornes de priorité. Le niveau de priorité est défini en fonction d'un degré de stabilité clinique et de besoins de soins. Ce score repose sur des observations cliniques, en tenant compte de facteurs généraux tels que les antécédents et les pathologies sous-jacentes, l'âge du patient, l'expression du symptôme ou de la douleur.

## **II ♦ Le rôle de l'infirmier en box ou SAUV**

- Il est l'infirmier positionné dans les différents secteurs de soins.
- Le box des premiers soins se situe dans le prolongement logique de la zone d'admission. Il permet d'affiner et d'objectiver l'évaluation première. La consultation des protocoles doit y être possible.
- Ce secteur doit permettre le passage d'un brancard, garantir la confidentialité et le respect de la personne accueillie, permettre un entretien individualisé et une évaluation des besoins de santé et d'hygiène. Pour ce faire, l'équipement matériel comprend : un

appareil à tension, un thermomètre, un oxymètre de pouls, un mesureur du débit de pointe, une échelle visuelle analogique, un appareil lecteur de glycémie capillaire, un coupe-alliance.

- La SAUV est le lieu de la gestion de l'urgence vitale ; elle se conçoit comme une chambre de réanimation. Elle est composée de « box de déchoc ». L'infirmier y pratique la même organisation et les mêmes activités que dans un service de réanimation.

### **III ♦ Le rôle de l'infirmier en UHCD**

- Il est l'infirmier positionné dans le service ou zone d'attente avant hospitalisation.
- Il doit s'assurer, comme en service, que le patient reçoive la meilleure prise en charge. La difficulté relève du fait que dans ce secteur les patients ont souvent des pathologies très variées qui nécessitent une prise en charge spécifique.

## UE 4.4 - Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical

- >>> [Mémo 27 - Cadre thérapeutique](#)
- >>> [Mémo 28 - Activités thérapeutiques et sociothérapeutiques](#)
- >>> [Mémo 29 - Moyens d'isolement, de contention](#)
- >>> [Mémo 30 - Préalables au soin](#)
- >>> [Mémo 31 - Vérification d'une prescription médicale](#)
- >>> [Mémo 32 - Principes généraux de réalisation du soin](#)
- >>> [Mémo 33 - Mesure des paramètres](#)
- >>> [Mémo 34 - Bilan des entrées/sorties et compensations](#)
- >>> [Mémo 35 - Prélèvements](#)
- >>> [Mémo 36 - Préparation préopératoire ou en vue d'un examen](#)
- >>> [Mémo 37 - Surveillance post-opératoire](#)
- >>> [Mémo 38 - Surveillance d'un dispositif d'immobilisation](#)
- >>> [Mémo 39 - Réfection d'un pansement](#)
- >>> [Mémo 40 - Ablation de sutures](#)
- >>> [Mémo 41 - Injections parentérales](#)
- >>> [Mémo 42 - Seringues auto-pulsées et pompes volumétriques](#)
- >>> [Mémo 43 - Oxygénothérapie](#)
- >>> [Mémo 44 - Aérosolthérapie](#)
- >>> [Mémo 45 - Voie veineuse périphérique](#)



- >>> [Mémo 46 - Chambre à cathéter implantable \(CCI\)](#)
- >>> [Mémo 47 - Canule trachéale](#)
- >>> [Mémo 48 - Don du sang](#)
- >>> [Mémo 49 - Groupes sanguins érythrocytaires : systèmes ABO, Rhésus, Kell](#)
- >>> [Mémo 50 - Compatibilité transfusionnelle](#)
- >>> [Mémo 51 - Accidents transfusionnels](#)
- >>> [Mémo 52 - Bonnes pratiques transfusionnelles](#)
- >>> [Mémo 53 - Moyen mnémotechnique des « PIEDS »](#)
- >>> [Mémo 54 - Drain de Redon](#)
- >>> [Mémo 55 - Sondage vésical](#)
- >>> [Mémo 56 - Surveillance d'un drain pleural](#)

# Mémo 27

## Cadre thérapeutique

### **I ♦ Éléments de définition**

- Support des soins et du projet individualisé.
- Point de repère pour le patient.
- Espace de la relation structurant, rassurant et contenant : il aide à contenir les angoisses, les projections, participe au besoin d'isolement.
- Composé des différents acteurs qui gravitent autour du malade, il **régit l'hospitalisation** des patients parce qu'il s'attache à garantir les modalités de la prise en charge (psychothérapie, traitement, activités thérapeutiques...) tout en fixant les règles de vie commune (liberté et contraintes).
- Le cadre de soin sera présenté, si possible, au moment clé que constitue l'arrivée du patient dans le service.

### **II ♦ Intérêt**

- Favoriser l'élaboration psychique par la restriction de l'agir.
- Permettre l'expression des affects, des émotions en libérant la parole.
- Aménager un temps où le patient se retrouve face à lui-même.
- Faire tiers dans la relation soignant-soigné.

### **III ♦ Le contrat de soins**

- Toujours négocié avec le patient de façon à favoriser l'alliance thérapeutique sur la base d'une coopération mutuelle.
- Repose sur des objectifs de soins élaborés en équipe.
- Contractualise la prise en charge car en fixe pour un temps les modalités individualisées (choix thérapeutique, finalité) en fonction du diagnostique et des demandes spécifiques.
- Est un engagement réciproque :

#### **Patient**

Respect + Assiduité  
aux activités

=

#### **Soignant**

Respect des valeurs (bienveillance...)  
+ Accompagnement

- Idéalement validé par les patients par écrit, cosigné par les partis.

# Mémo 28

## Activités thérapeutiques et sociothérapeutiques

### I ♦ Activités à visée thérapeutiques

- C'est l'ensemble des activités possibles bénéfiques à l'action thérapeutique.
- Elles constituent donc des **temps de soins** à part entière.
- Seul le sens qui est donné à l'activité permet de **déterminer son action occupationnelle ou thérapeutique** : une activité pour « passer le temps » prend place dans le processus de soin dès lors que l'on cherche à évaluer des éléments comme l'attention, la relation à l'autre...
- Elles relèvent de la **prescription médicale**.
- Elles se font individuellement ou en groupe.
- Toutes répondent à des objectifs thérapeutiques précis en adéquation avec le projet individuel de soin du patient.
- Objectifs possibles :
  - **jeux** : stimuler les fonctions cognitives (mémorisation, concentration, orientation, réflexion), respect des règles ;
  - **arts plastiques** : renforcer sa propre estime, son image, stimuler sa créativité ;
  - **sport** : perception du corps, du schéma corporel ;
  - **théâtre** : favoriser l'expression des affects et émotions ;
  - **atelier cuisine** : développer l'autonomie et la socialisation.
- Elles sont proposées en fonction de :
  - l'état clinique du patient ;
  - sa capacité à investir l'activité ;
  - ses centres d'intérêt, favorisant alors la compliance du patient au projet de soin.
- Ces activités peuvent être considérées comme le mode d'entrée privilégié dans la relation avec le malade en psychiatrie. Elles ont alors une **fonction de médiation** dans la relation avec le patient : elles servent d'interface entre le patient et sa problématique et cherchent à modifier sa dynamique psychique en favorisant son investissement intellectuel, psychique et physique.

### ♦ Activités à visée psychothérapeutiques

- Est considérée comme telle, toute activité cherchant à **modifier le fonctionnement**

psychique du patient.

- Ces activités passent par le **verbe** :

- théâtre ;
- groupe de parole ;
- relaxation par la voix ;
- art-thérapie ;
- musicothérapie ;
- chant...

- Dans certains cas, elle implique la confrontation à l'objet (ou situation) anxiogène dans une **approche cognitive et comportementaliste**.

### ◆ Les activités sociothérapeuthiques

- Ce sont des activités garantissant la construction de **stratégies d'adaptation** favorables à une meilleure intégration sociale.

- **Objectif** : maintenir, restaurer ou améliorer l'autonomie sociale (capacité à entrer en relation avec l'autre).

- **Buts possibles** :

- lutter contre l'**isolement** par un travail de socialisation du patient ;
- restaurer des **règles de vie communes** : négociation, contrôle de ses émotions ;
- renforcer **l'image et l'estime de soi** ;
- stimuler la **créativité** ;
- ancrer le patient dans la **réalité**...

## II ◆ La médiation thérapeutique

- Elle concerne toute personne en difficulté psychique (rapport à soi ou à autrui, limite corporelle, concentration, trouble de la communication...).

- L'élément médiateur de soin (le média) est le **support de la relation** et s'inscrit dans le concret d'une activité thérapeutique.

### ◆ Exemples de médiation utilisée

- La **médiation corporelle** privilégie l'éprouvé corporel et trouve sens par exemple dans une activité gymnastique, une séance de relaxation ou maquillage.

- La **médiation objectale** touche aux diverses activités manuelles que l'on trouve, entre autres, dans l'ergothérapie ou pour un atelier culinaire.

- La **médiation verbale** est utilisée particulièrement en psychanalyse ou psychothérapie.

- La **médiation non verbale** représente un espace d'expression autre.

- Poupée, ours, petite voiture...

Activité = Médiateur = Mode de communication

- La médiation thérapeutique permet une mise en relation entre soi et l'autre.
- Elle s'attache à restaurer du lien et résoudre les conflits psychiques.

### III ♦ Posture du soignant

- animateur, médiateur, régulateur, soutien.
- **Garant du cadre** qu'il représente (lieu, règles, durée, acteurs) :
  - participation effective ;
  - respect de l'unité de lieu (matériel...) et des acteurs ;
  - confidentialité de l'information ;
- **Maintien la distance thérapeutique** (attention aux transferts/contre-transferts).
- La permanence de sa présence à proximité du patient possède une fonction thérapeutique : celle d'un contenant structurant indestructible par rapport aux projections du patient.

#### **Cadre législatif**

Les activités décrites s'appuient sur décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier dans ses articles R 4311-6 (activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe) et R 4311-7 (techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique).

# Mémo 29

## Moyens d'isolement, de contention

### **I ♦ Définitions**

Ces deux méthodes conduisent à une **atteinte à la liberté de la personne**. Elles sont exceptionnelles, temporaires (renouvelables et réévalués quotidiennement) et s'appuient donc sur un cadre législatif strict (loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge). Chacune relève d'une **prescription médicale** (en cas d'urgence, la prescription doit être effective dans l'heure qui suit).

- Doivent être appréciés comme des **soins thérapeutiques** et non des mesures punitives.
- Reposent le plus souvent sur une décision collégiale où prévaut l'intérêt du malade.
- Ne sont pas propres à la psychiatrie mais peuvent se retrouver dans toutes les spécialités où des troubles du comportement sont présents.

**L'isolement** : il passe par une restriction de l'agir. Le patient ne se déplace plus comme il l'entend, ses relations sociales se limitent aux soignants. Cependant, il reste libre de ses mouvements à l'intérieur de cet espace.

**La contention** : mécanique (bracelets, sangles), elle entrave tout mouvement et induit une diminution de son autonomie (alimentation, hygiène corporelle...). Son champ relationnel n'est pas nécessairement entravé. Elle s'accompagne, sauf exception, d'une sédation chimique.

### **II ♦ Indications principales**

- Dangereusité du patient pour lui-même (automutilation...) ou pour les autres (agressivité physique) avec risque de passage à l'acte : raptus suicidaire, agitation extrême.
- Risque de rupture thérapeutique alors que l'état du patient impose ces soins.
- Demande du patient.

### **III ♦ Surveillance générale**

- Évolution des symptômes (somatiques et psychiques), état d'agitation et de la conscience.
- Soins d'hygiène, hydratation et entretien de la chambre.
- Paramètre vitaux (constantes hémodynamique voire saturation en oxygène et glycémies), bilan biologique).

### **IV ♦ Surveillance particulière**

## ◆ Contention

- **Efficacité des points de contention** (respect strict du mode d'emploi, équipe soignante formée) : ni trop serrés, ni trop larges.
- **Confort** : absence de douleur, tête surélevée (prévention des troubles de déglutition), élimination, atteintes cutanées, déshydratation, risque thromboembolique...

## ◆ Isolement thérapeutique

- **Literie** : attention à ce que le malade ne puisse s'étouffer, ni attenter à ses jours.
- Les **règles de sécurité** classiques imposent :
  - de s'assurer que le patient ne possède pas d'objet dangereux (briquet, rasoir...) ;
  - literie fixée au sol (si possible), matelas anti-feu ;
  - la mise en pyjama (avec absence de lien) ;
  - de récupérer les couverts, verre... entrés dans la chambre au moment des repas (même plastiques) ;
  - une venue dans la chambre à deux soignants (ou l'apport de renfort) est un facteur déterminant de sécurité afin de prévenir tout risque d'agressivité.
- Dans les deux cas l'infirmier(e) assure :
  - les **transmissions orales** au médecin et dans le dossier de soin : celles-ci participent au réaménagement des mesures thérapeutiques ;
  - le respect du **secret professionnel**.
- Des entretiens médicaux centrés sur le vécu de patient permettent aussi d'orienter les modalités thérapeutiques.

## V ◆ Sortie pendant l'isolement

- Elle n'est pas contre-indiquée alors que la mesure d'isolement n'est pas levée et peut s'envisager une fois l'amélioration de l'état psychique et clinique obtenue.
- Elle impose une surveillance accrue de l'équipe et s'accompagne d'activités.

## VI ◆ Information au patient

Dès que son état le permet, le patient reçoit les explications concernant les raisons qui ont motivé ce choix (voir *Charte du patient hospitalisé*), les objectifs et la mise en œuvre pratique. Le consentement au soin sera alors recherché.



# Mémo 30

## Préalables au soin

### I ♦ Planifier le soin

**Attention !** Aucune retranscription de prescription médicamenteuse ne doit être effectuée sur la planification.

Plusieurs critères doivent être pris en compte.

- **Le contexte** : certains soins sont dépendants les uns des autres dans la chronologie de leur réalisation (ex. : une injection d'insuline rapide doit être suivie par la distribution du repas).
- **L'état de santé de la personne soignée** : il peut nécessiter la réalisation en urgence du soin. *A contrario*, le soin peut être différé en cas de fatigue ou de douleur en attendant l'effet d'un antalgique.
- **La réalisation du soin** :
  - certains examens biologiques doivent être réalisés à jeun ;
  - les dosages de thérapeutiques (pic, résiduel), les surveillances d'efficacité de traitement (dosage de TCA suite à une injection d'héparine, par exemple) nécessitent leur réalisation à des horaires précis ;
  - certains soins peuvent exiger la collaboration de plusieurs personnes. La programmation doit alors tenir compte de la disponibilité de ces acteurs.
- **L'organisation du service** : plusieurs acteurs de santé peuvent intervenir dans la prise en charge de la personne. Il y a alors nécessité d'une programmation pour éviter les « chevauchements » (ex. : séance de kinésithérapie et réfection de pansement en même temps).

### II ♦ Vérifier la prescription médicale

Voir Mémo 31 Vérification d'une prescription médicale.

### III ♦ Prévenir la personne soignée

Cette étape ne se substitue en aucun cas au recueil du consentement de la personne ni à l'information autour du soin.

Ce moment peut être propice à l'observation de l'état général du patient qui peut impacter les modalités du soin (ex. : administration non adaptée d'un médicament *per os* à une personne nauséuse).

## IV ♦ Objectif sécurité « le bon produit au bon patient »

- Lors de la préparation du soin, le matériel ainsi que les produits seront vérifiés, en particulier :
  - l'adéquation entre ce qui est préparé et la prescription ;
  - l'adéquation entre la voie d'administration et la forme du produit, notamment les formes injectables pour des administrations parentérales ;
  - les dates de péremption et éventuellement les modes de conservation ;
  - l'aspect des produits et matériels ;
  - l'intégrité des emballages ;
  - les modalités de préparation avec au besoin recours à la notice d'emploi ;
  - respect de l'asepsie.
- Tous les opercules, même ceux recouverts d'un capuchon, doivent être systématiquement désinfectés à l'aide d'un antiseptique de préférence alcoolique.

**Attention !** La préparation doit être réalisée par une seule personne, au plus près de l'administration, sans interruption.

- Dans certains cas, un **calcul de dose** peut s'avérer nécessaire. Il peut porter sur différents éléments comme :
  - les conversions d'unités ;
  - le volume de solvant à diluer dans le cas d'une reconstitution de substance sèche ;
  - le volume de produit actif à prélever ;
  - en cas de dilution, le volume de soluté ;
  - le débit d'administration qui peut être, selon le matériel utilisé, exprimé en gouttes/minute ou mL/heure.

### Méthodologie du calcul de dose

Une méthodologie peut être proposée pour la réalisation du calcul de dose. Il s'agit alors de répondre chronologiquement aux questions suivantes :

1. *Que dit la prescription ?*
2. *En quelles unités au final dois-je raisonner ? (mL ? mg ? autre ?)*
3. *Quels sont les produits dont je dispose ? Que me dit l'étiquette du flacon ? Quel est son volume ou sa quantité ?*
4. *Quel est le matériel (notamment seringue et solvant) dont je dispose ?*
5. *En combien de temps dois-je passer le produit ?*

**Exemple de prescription : Amoxicilline 750 mg dans 50 mL de sérum physiologique à passer en 30 minutes.**

*Je dispose d'un flacon de 1 g d'amoxicilline en poudre à reconstituer, de seringues de contenances diverses, d'ampoules de sérum physiologique de 20 mL et de poches de sérum physiologique de 50 mL. Je n'ai pas de pompe volumétrique ni de seringue auto-pulsée.*

1. La prescription me demande de préparer 750 mg de produit qui doit être ensuite dilué dans 50 mL.
2. Je n'ai pas de pompe volumétrique ni de seringue auto pulsée et dois passer ce produit dilué en 30 minutes donc je m'attends à avoir un débit exprimé en gouttes/minute.
3. Le produit se présente sous forme de poudre. Le flacon en contient 1 g. Je dois en prélever 750 mg. Je n'ai pas de solvant spécifique fourni par le fabricant (si tel était le cas, je l'utiliserais). Je constate dès lors que les unités ne sont pas les mêmes entre la prescription et l'étiquette de mon produit : il faut donc procéder à une conversion. Je convertis donc 1 g en mg, soit **1 000 mg**.
4. Je dispose d'ampoules de 20 mL de sérum physiologique qui doivent faire office de solvant. L'idée est de choisir une proportion la plus simple possible pour éviter les risques d'erreur.

Si je prélève 10 mL de sérum physiologique et que je le dilue dans mon flacon de 1 000 mg, je peux alors prélever un **volume** (donc exprimé en mL) correspondant à 750 mg. Pour cela, je réalise le calcul suivant selon la méthode du produit en croix :

$$1\ 000\ \text{mg} \rightarrow 10\ \text{mL}$$

$$750\ \text{mg} \rightarrow x\ \text{mL}$$

$$x\ \text{mL} = 750 \times 10 / 1\ 000 = 7,5\ \text{mL}$$

Ces 7,5 mL de produit dilué qui correspondent à 750 mg de produit actif sont ensuite à rajouter selon la prescription à 50 mL de sérum physiologique. J'obtiens alors un volume total de

$$50\ \text{mL} + 7,5\ \text{mL} = 57,5\ \text{mL}.$$

5. Je dois passer le tout en 30 minutes. Je calcule mon débit en goutte/minute.

Un débit correspond à la formule suivante :

$$D\ (\text{débit}) = V\ (\text{volume à injecter}) / T\ (\text{temps de passage})$$

Je dois tout d'abord convertir mon volume total en gouttes (pour l'instant calculé en mL).

Sachant que 1 mL correspond à 20 gouttes, je pose mon produit en croix :

$$1\ \text{mL} \rightarrow 20\ \text{gouttes}$$

$$57,5\ \text{mL} \rightarrow x\ \text{gouttes}$$

$$\text{Donc } x = 20 \times 57,5 / 1 = 1\ 150\ \text{gouttes}$$

Mon débit sera alors : **Volume total/Temps de passage**

soit  $1\ 150/30 = 38,33$  gouttes/minute, arrondi par défaut à **38 gouttes/minute**.

**Attention ! Le débit est arrondi par défaut quand le chiffre décimal est inférieur à 5 et par excès quand il est supérieur. Chez l'enfant, l'arrondi se fait toujours par défaut.**

## **V ♦ L'étiquette apposée au produit**

Elle doit être établie et posée lorsque la préparation est finie. Elle doit clairement faire apparaître les éléments suivants :

- Identité complète du patient.
- Nom et quantité du produit.
- Si préparation avec dilution ultérieure :
  - volume de soluté ;
  - date et heure de pose du produit ;
  - date et heure prévue de fin de passage ;
  - débit à régler.

Dans le cas de la préparation d'un **pilulier**, ce dernier doit être nominatif et les médicaments ne doivent pas être déconditionnés pour permettre leur vérification.

**Attention !** Tout produit non étiqueté doit être jeté.

# Mémo 31

## Vérification d'une prescription médicale

*Cette dernière doit être systématiquement vérifiée avant la réalisation du soin.*

### **I ♦ Éléments de vérification**

#### Identité :

- du patient :
  - nom,
  - prénom,
  - date de naissance,
  - sexe ;
- du prescripteur :
  - nom,
  - prénom,
  - qualité et signature du prescripteur.

#### Date de la prescription.

#### Nature du soin.

#### En cas d'administration de thérapeutiques :

- dénomination du produit à administrer ;
- forme galénique ;
- dose à administrer soit par prise soit journalière avec la répartition ;
- voie d'administration ;
- en cas d'injection, durée de celle-ci ;
- en cas de dilution du produit, nature et volume du soluté.

#### Durée du traitement.

### **II ♦ Remarques**

Dans le cas où l'infirmier(e) jugerait ne pas avoir la totalité des éléments nécessaires à l'application de la prescription médicale, ce dernier « *doit demander au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile* » (Code de la santé publique, article R 4312-19).

C'est lors de cette étape que l'infirmier(e) vérifie :

- l'absence de contre-indication liée à la personne (ex. : allergie au produit) ;
- les spécificités du produit à administrer (dilution, voie d'administration, etc.) ;

 - l'adéquation du soin avec son champ de compétence.

## Mémo 32

# Principes généraux de réalisation du soin

### **I ♦ Sécurisation de l'administration médicamenteuse**

La sécurisation de l'administration médicamenteuse est guidée par la **règle des « 5 B »**.

**Le Bon patient.** L'identité du patient doit être vérifiée juste avant la réalisation du soin. Elle doit :

- être déclinée par le patient lui-même ;
- comprendre l'orthographe et la déclinaison du nom et prénom, ainsi que la date de naissance.

En cas d'impossibilité de vérification avec le patient, se référer aux documents administratifs (bulletin d'hospitalisation) ou au bracelet d'identification.

**Le Bon médicament.** La vérification se fait à l'aide de l'étiquette du produit juste avant l'administration.

- Vérifier l'absence d'allergie.
- Vérifier la prescription :
  - concordance de l'identité patient/prescription ;
  - concordance du produit prescrit/administré.

**Attention !** Ne pas administrer ce qui ne peut être identifié.

**La Bonne dose.** S'assurer d'administrer la bonne concentration, dilution et dose du médicament prescrit. Vérifier si la dose prescrite est adaptée au patient.

**Attention !** Il est recommandé d'appliquer une double vérification indépendante dans le cas d'injection de chimiothérapie intrathécale. L'injection intrathécale est réalisée par un médecin.

**La Bonne voie.**

- Administrer selon la voie d'administration prescrite :
  - contrôler la fonctionnalité de la voie d'abord ;
  - vérifier l'état clinique du patient notamment en cas d'administration orale.
- Attention aux abréviations : faire reconfirmer en cas de doute par le médecin.

**Le Bon moment.** S'assurer que l'administration est réalisée au bon moment (contraintes pharmacocinétiques, horaires précédents d'administration). Vérifier le débit d'administration réglé.



## II ♦ Règle des « 7 P »

Cette règle doit être appliquée avant le début du soin.

**P comme Prévenir de la réalisation du soin.**

- Le patient : informer de l'horaire et du caractère du soin.
- L'équipe : dans le cadre d'une collaboration ou d'un travail en binôme.

**P comme Présence.** Signaler sa présence dans la chambre.

**P comme Porte.** Fermer la porte pour préserver l'intimité et la confidentialité.

**P comme respect de la Pudeur.**

**P comme Protection.**

- Protection de l'environnement en cas de possible souillure induite par le soin.
- Protection du soignant et du patient dans le cadre des précautions standard et/ou complémentaires.

**P comme Poubelle.** Respect du tri des déchets.

**P comme Position.**

- Pour assurer une bonne organisation du soin, aménagement de l'environnement, du plateau ou du chariot de soin.
- Installation confortable du patient et position ergonomique du soignant.

## III ♦ Information du patient

Elle doit porter sur les consignes pour une bonne prise, l'objectif du traitement, les effets secondaires.

**Attention !** L'information doit précéder l'obtention du consentement du patient.

## IV ♦ Traçabilité

Au-delà de l'administration, doit être également tracée :

- l'information donnée ;
- s'il y a lieu :
  - les effets indésirables relevés,
  - la non administration et son motif.

**Attention !** La traçabilité doit être effectuée **dès** la fin du soin.

# Mémo 33

## Mesure des paramètres

### I ♦ Les pulsations

Elles renseignent sur le rythme et la fréquence cardiaque ainsi que sur la force de la contraction cardiaque (ex. : pouls frappé). La prise du pouls permet aussi le dépistage de complications (circulation artérielle stoppée ou amoindrie).

#### ♦ Sites de mesure les plus fréquents

- Artère carotide.
- Artère radiale (située dans la gouttière radiale).
- Artère fémorale.
- Artère pédieuse (sur le dessus du pied en regard des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> orteils).

#### ♦ Les résultats

- Résultats en dehors des normes :
  - **tachycardie** pour un résultat supérieur aux normes ;
  - **bradycardie** pour un résultat inférieur aux normes.
- Variation des pulsations : en fonction de l'âge, effort physique, état émotionnel.
- Modalités de mesure : la prise doit se faire après 10 à 15 minutes de repos. Elle se prend toujours sur une minute pour éviter le biais en cas d'arythmie.

**Attention !** La prise du pouls doit être réalisée avant la mesure de la pression artérielle avec la pulpe des doigts, mais jamais avec le pouce car le pouls ressenti est celui du pouce lui-même.

### II ♦ La tension artérielle

#### ♦ Les chiffres de la tension artérielle

- **Maxima** : chiffre maximal, il correspond à la pression systolique.
- **Minima** : chiffre minimal, il correspond à la pression diastolique. Globalement, la minima correspond à  $\text{Maxima}/2 + 1$ .
- **Pression différentielle** : c'est la différence entre la maxima et la minima. Elle reflète la souplesse artérielle. Quand la pression différentielle est peu importante, on parle de **tension pincée**.

#### ♦ Facteurs influençant la tension artérielle

- La masse sanguine circulante.
- La résistance des artères périphériques.
- Le débit cardiaque.
- La fréquence cardiaque.
- Un traitement agissant sur la tension artérielle.

**Remarque.** L'hypertension artérielle est désignée selon l'OMS comme une tension supérieure ou égale à 160/95 mm de mercure.

### ◆ La mesure

Elle se prend avec un stéthoscope et un tensiomètre chez un sujet au repos depuis 15 mn environ, de préférence allongé. On vérifiera au préalable :

- l'intégrité de l'appareil et la mise à zéro de l'aiguille du manomètre ;
- le bon fonctionnement du stéthoscope ;
- le sens de mise en place des branches du stéthoscope qui doivent épouser la forme du conduit auditif.

### ◆ Particularité

- Le socle du stéthoscope doit être maintenu avec l'aide de 2 doigts, en-dehors du pouce, au niveau de l'artère humérale.
- Gonfler le brassard à tension jusqu'à environ 200 mm de mercure (adapter en fonction de la tension artérielle habituelle).
- À ce stade, aucun bruit n'est perçu. Dégonfler progressivement le manomètre, une série de bruit est alors perçue :
  - le premier bruit entendu correspond à la maxima ;
  - le dernier, à la minima (chiffre indiqué par l'aiguille du manomètre).

### ◆ Contre-indications

- Ne pas prendre la tension au bras porteur d'une fistule artério-veineuse, d'une perfusion, d'un plâtre, d'une prothèse vasculaire.
- Ne pas prendre la tension au bras situé du côté d'une hémiplégie ou du côté ayant subi une mammectomie avec curage ganglionnaire.

## III ◆ La fréquence respiratoire

Elle permet de recenser les mouvements respiratoires sur une période donnée.

### ◆ Méthode

- Elle se compte sur une minute (risque d'erreur si temps moindre surtout en cas de rythme irrégulier).
- Elle peut s'effectuer par l'observation des mouvements du thorax ou par une main posée

sur le thorax.

- La mesure de la fréquence respiratoire chez un enfant se fait par observation des mouvements abdominaux.

### ◆ Résultats

Les résultats normaux chez l'adulte sont de l'ordre de 16 à 20 mouvements/minute.

- Résultats en dehors des normes :
  - **tachypnée** : les résultats sont élevés par rapport à la moyenne ;
  - **bradypnée** : les résultats sont en-dessous de la moyenne ;
  - **apnée** : absence de mouvements respiratoires perçus.
- Variations : en fonction de l'état émotionnel, effort physique, des pathologies.

## IV ◆ La saturation artérielle

Appelée également **saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) de l'hémoglobine**, elle correspond au pourcentage d'oxyhémoglobine dans l'hémoglobine totale.

Il ne faut pas confondre la SpO<sub>2</sub> avec la SaO<sub>2</sub> qui correspond à la mesure de la saturation de l'hémoglobine par prélèvement de sang artériel.

La mesure de ce paramètre s'effectue grâce à un capteur qui émet une lumière infra-rouge et calcule la saturation à partir de l'absorption de cette lumière.

**Attention !** Pour un résultat fiable vérifier l'absence de colorants sur les ongles (vernis, henné), de mouvements, mauvaise circulation périphérique, hypothermie ou mains froides. Éviter de placer le capteur sur un membre porteur d'un brassard de mesure de pression artérielle, de cathéter artériel, de fistule artério-veineuse.

## V ◆ La température corporelle

### ◆ Facteurs influençant la température centrale

Émotions, digestion, exercice musculaire, température ambiante, couverture vestimentaire, rythme nycthéméral, état hormonal, infection.

### ◆ Résultats

**Hypothermie** : température inférieure à 35,5 °C.

**Hyperthermie** : température supérieure ou égale à 38,5 °C.

**Apyrexie** : température corporelle normale.

### ◆ Différents sites de mesure

- **Rectal** : délaissée en milieu hospitalier, surtout si hémostasie insuffisante ou présence d'ulcérations.
- **Buccal** : sous le frein de la langue.

- **Axillaire** : au pli de l'aîne. Dans ce cas, bien serrer le bras.
- **Tympanique** : dans le conduit auditif externe, tirer le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, utiliser toujours la même oreille.
- **Frontal** : peu fiable.

**Attention !** Pour les sites axillaire, buccal et frontal, ajouter 5/10<sup>e</sup> de degré supplémentaires à la température mesurée.

## **VI ♦ La diurèse**

Cet acte nécessite l'information et la participation active du patient en fonction de son degré d'autonomie. Il s'agit de recueillir et quantifier le volume d'urines émis sur un temps donné (horaire, journalier, *etc.*). Pour cela, il est impératif de respecter une **chronologie**.

- Fixer une heure de début du recueil.
- Faire uriner le patient et **jeter immédiatement** ses urines.
- Recueillir et conserver à partir de ce moment toutes les urines du patient.
- À la fin de la période déterminée, lui demander d'uriner une dernière fois.
- Ajouter ces urines au volume déjà recueilli et comptabiliser le volume total.

## **VII ♦ Traçabilité**

Tous ces paramètres doivent être retranscrits sur la feuille de surveillance prévue à cet effet.

# Mémo 34

## Bilan des entrées/sorties et compensations

*L'objectif du bilan est d'évaluer les apports liquidiens reçus et éliminés par le patient sur une période donnée.*

### **I ♦ Calcul**

#### **♦ Recensement des entrées**

- **Apport parentéral** : perfusions, volume d'électrolytes, solvants utilisés pour les dilutions, *etc.*
- **Apport entéral** : apports liquidiens par voie orale, sonde gastrique, *etc.*

#### **♦ Recensement des sorties**

- Diurèse, pertes liquidiennes par dialyse.
- Pertes digestives, volume recueilli par les drains, *etc.*
- Pertes insensibles estimées à 500 mL environ chez un patient normotherme.

### **II ♦ Remarques**

#### **♦ Bilan des entrées/sorties des 24 heures**

Les entrées et sorties comptabilisées correspondent aux 24 heures précédant le calcul. Ainsi, si un bilan des 24 heures est calculé le 27 janvier à 8 heures, les entrées et sorties comptabilisées correspondront à celles ayant eu lieu à partir du 26 janvier à 8 heures jusqu'au 27 janvier à la même heure.

#### **♦ Résultat du bilan**

- Il résulte de la différence entre le volume des entrées et celui des sorties.
- Un bilan est dit :
  - **positif** si les entrées sont supérieures aux sorties ;
  - **négatif** si les sorties sont supérieures aux entrées.

### **III ♦ Les compensations**

Pour éviter un déséquilibre hydro-électrolytique, une compensation peut être réalisée sur prescription médicale lors de pertes trop importantes.

#### **♦ Types de compensation**

3 types de calculs sont possibles en fonction de la prescription.

- **Compensation volume à volume** : le volume de la compensation injecté correspondra au volume des sorties quantifiées.

#### Exemple de compensation volume à volume

Volume d'urines recueillies	Volume de la compensation
200 mL	200 mL

- **Compensation à partir d'un volume de sortie déterminé.**

#### Exemple de compensation volume à volume à partir de 300 ml de diurèse

Volume d'urines recueillies	Volume de la compensation
200 mL	0 mL
400 mL	100 mL (400 mL – 300 mL)

- **Compensation calculée par rapport au pourcentage de sortie.**

#### Exemple de compensation à 50 % de la diurèse horaire

Volume horaire d'urines recueillies	Volume horaire de la compensation
300 mL	150 mL

**Attention !** Dans le cas d'un recueil cumulatif des sorties dans le temps (ex. : drainage où le réceptacle n'est pas changé à chaque relevé des sorties), penser à soustraire les volumes recueillis lors des précédentes périodes de mesure.

#### Exemple de compensation volume à volume d'une aspiration gastrique

Volume cumulatif recueilli	Volume de la compensation
200 mL	200 mL
700 mL	500 mL (700 mL – 200 mL)

#### ◆ Débit d'administration des compensations

Il faut prendre en compte la durée d'administration de cette compensation (déterminée par la prescription).

**Attention !** La compensation est toujours administrée après le recueil des sorties concernées.

#### Exemple de prescription de compensation volume à volume de la diurèse toutes les 2 heures

Période de recueil	Volume d'urines recueillies
--------------------	-----------------------------



	sur la période
8 h 00 – 10 h 00	200 mL

La compensation aura lieu en fonction du tableau suivant :

Horaires d'administration de la compensation	Volume total de la compensation	Durée de passage de la compensation	Débit de la compensation
8 h 00 – 10 h 00	Compensation non débutée car mesure de la diurèse effectuée à 10 h 00	0	0
10 h 00 – 12 h 00	200 mL (correspond à la diurèse recueillie entre 8 h 00 et 10 h 00)	2 heures	100 mL/h

#### ◆ Composition de la compensation

Elle est déterminée par la prescription médicale.

**Exemple de compensation horaire de diurèse volume à volume composée à 75 % de chlorure de sodium à 0,9 % et 25 % de glucosé à 5 %**

Volume horaire d'urines recueillies	Volume total de la compensation	Volume de chlorure de sodium à 0,9 %	Volume de glucosé à 5 %
200 mL	200 mL	150 mL	50 mL

# Mémo 35

## Prélèvements

### I ♦ Principes généraux

- **Mesures de prévention** : asepsie stricte pour éviter de faux résultats ou un risque de contamination exogène et respect des précautions d'hygiène standard.
- **Vérification de l'identité du patient** : elle doit toujours être déclinée **par le patient lui-même**, juste avant le prélèvement et confrontée à celle annotée sur les étiquettes et le formulaire de demande.
- **Formulaire de demande – informations obligatoires** :
  - nature précise de l'examen demandé ;
  - notion d'urgence ;
  - identités complètes : du service demandeur, prescripteur, patient et de la personne ayant effectué le prélèvement ;
  - date et heure du prélèvement ;
  - renseignements cliniques : concernant la pathologie, traitements associés et dosage ;
  - nature et origine du prélèvement.
- **Concordance des tubes par rapport aux examens prescrits** : chaque examen impose l'emploi de tubes particuliers (volume particulier, conservateurs ajoutés, *etc.*). Des codes couleur peuvent parfois faciliter leur repérage. Vérifier les dates de péremption.
- **Ordre des tubes prélevés** : certains tubes sont prioritaires car certains résultats peuvent être faussés, notamment en lien avec la durée de pose du garrot (kaliémie) ou celle de la ponction (hémostase).
- **Contre-indications au prélèvement sanguin** : **ne jamais piquer** sur un membre traumatisé, paralysé, ayant subi un curage ganglionnaire, porteur d'une prothèse chirurgicale, d'une fistule artério-veineuse ou présentant une lésion cutanée infectée ou inflammatoire.
- **Conditions de prélèvement** :
  - **ne jamais prélever** sur un membre porteur de perfusion (risque de dilution, erreur d'interprétation des résultats) ;
  - contre-indications à l'usage d'antiseptiques alcooliques : alcoolémie ;
  - horaires précis de prélèvement : dosage de thérapeutiques, hyperglycémie provoquée, test au synacthène, *etc.*
- **Étiquetage des tubes** : **au lit** du patient **juste après** le prélèvement.
- **Acheminement du prélèvement** : se renseigner sur l'organisation au sein du service

et/ou de l'établissement.

## QQOCQP

**Qui** : automate, personne chargée de l'acheminement.

**Quoi** : procédure pour l'envoi ? Numéro d'appel.

**Où** : service destinataire ? Codes couleur de sac à respecter ? Endroit où entreposer les prélèvements ?

**Comment** : identifier un prélèvement urgent ? Comment ensacher les prélèvements ?

**Quand** : procédure particulière pour la nuit, le week-end ?

**Procédure d'acheminement** : conditions d'acheminement (glace, à l'abri de la lumière), délai maximum d'acheminement...

## II ♦ Prélèvement artériel

La douleur peut être prévenue par l'application de crème ou patch anesthésiants.

### ♦ Le test d'Allen

Il a pour but de s'assurer de la perméabilité de l'artère cubitale en cas de thrombose ou spasme de l'artère radiale.

- Il consiste en la compression simultanée des artères radiales et cubitales ce qui conduit à la décoloration de la main.
- Par la suite, l'opérateur lève la compression au niveau de l'artère cubitale mais maintient celle de l'artère radiale : la main se recoloré à nouveau en cas de perméabilité de l'artère cubitale.
- L'opérateur répète le même processus pour vérifier également la perméabilité de l'artère radiale.

### ♦ Particularité

Le patient est en position assise, main en hyper extension, paume vers le haut.

- Repérer le pouls, immobiliser l'artère entre 2 doigts.
- Piquer l'aiguille montée à 40, 45° par rapport à la surface de la peau jusqu'à l'apparition de sang artériel (sang rouge vif, en jet pulsatile : le corps de la seringue se remplit, le piston se soulevant tout seul sous l'effet de la pression artérielle).
- À la fin du prélèvement, comprimer manuellement puis effectuer un pansement compressif non circulaire.

### ♦ Surveillance post ponction artérielle

- Absence de saignement, d'hématome, signes infectieux.
- Surveillance du pansement compressif, du pouls en aval de l'artère ponctionnée,

coloration, chaleur des extrémités, sensibilité et motricité en aval de la ponction.

### III ♦ Prélèvement capillaire

#### ♦ Particularité

- Nettoyer la peau avec de l'eau et du savon.
- Comprimer la zone devant être ponctionnée de manière à favoriser l'afflux de sang.
- Piquer au niveau du bord latéral du doigt (jamais sur la pulpe) ou du talon ou du bord inférieur du lobe de l'oreille.

**Attention !** Ne jamais piquer au niveau de la pince formée par le pouce et le majeur.

### IV ♦ Prélèvement urinaire

Il peut s'effectuer sur une miction, diurèse des 24 heures ou sur sonde urinaire.

#### ♦ Prélèvement en stérile

- Utiliser un pot de recueil stérile.
- Effectuer une toilette intime avec un antiseptique.
- Prélèvement en cours de miction.
- Prélèvement sur sonde urinaire : voir *Mémo 55*.

#### ♦ Bandelette urinaire

- S'effectue sur urines fraîches.
- Respect des temps de contact avant la lecture des résultats.

# Mémo 36

## Préparation préopératoire ou en vue d'un examen

### I ♦ Préparation préopératoire

#### ♦ Vérification de la présence dans le dossier

- **Résultats d'examens** : électrocardiogramme, radiographie pulmonaire, numération formule sanguine, hémostase, bilan électrolytique sanguin, carte de groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières etc.
- Dossier d'anesthésie.
- Dossier médical.
- Présence du bulletin d'hospitalisation, ainsi que d'étiquettes au nom du patient.
- Présence de la fiche de consentement éclairé : datée et signée par le patient (ou à défaut par son représentant légal).

**Attention !** Pour les personnes mineures, présence de l'autorisation d'opérer signée par la ou les personnes détentrices de l'autorité parentale.

#### ♦ Préparation locale

- Dépilation large du champ opératoire : les crèmes épilatoires sont à proscrire, privilégier l'utilisation d'une tondeuse.
- Douche avec un savon antiseptique : la veille au soir et le matin de l'intervention.
- Le matin de l'intervention : donner une tenue de bloc opératoire au patient et appliquer un antiseptique cutané sur le champ opératoire.

#### ♦ Préparation générale

- S'assurer que la personne soit bien à jeun : ne pas avoir mangé, bu et fumé dans un délai minimum de 6 heures avant l'intervention chirurgicale.
- Administrer la prémédication.

**Attention !** Une fois la prémédication effectuée, la personne ne doit plus se lever (risque de chute).

- S'assurer de l'absence de prothèses dentaires, auditives, lunettes, lentilles de contact, bijoux, vernis à ongle.

## II ♦ Préparation en vue d'un départ en examen

### ♦ Demande de brancardage

- Autonomie du patient.
- Lieu, date et heure exacte de l'examen.
- Identification et coordonnées du service demandeur.
- Identité complète du patient.
- Précautions particulières : précautions d'hygiène complémentaires, matériel et/ou présence d'un médecin nécessaire pendant le transport.

### ♦ Vérification de la demande d'examen

- Identité complète du service demandeur, du prescripteur, du patient et étiquettes.
- Date de la demande et date de l'examen, degré d'urgence.
- Motif de la demande, renseignements cliniques : selon l'examen demandé, préciser la notion d'incidence, d'injection de produits de contraste... Certains renseignements sont également nécessaires : oxygénothérapie, allergie, notion de claustrophobie, résultats de créatinémie en fonction de l'examen demandé.

### ♦ Préparation de la personne

- Parfois, nécessité d'une prémédication, d'être à jeun ou d'avoir bu une préparation spéciale.
- Prévoir des vêtements préservant la pudeur et adaptés à la température du lieu d'examen.
- Renseigner le patient sur le déroulement de l'examen et la durée approximative de ce dernier.
- Dans certains examens particuliers, rappeler au patient qu'il ne peut aller aux toilettes car obligation de conserver une « vessie pleine ».

### ♦ Dans tous les cas

- Vérification des systèmes invasifs présents : autonomie des batteries électriques, de la bouteille d'oxygène, fonctionnalité des voies d'abord.
- Débrancher les sources d'aspiration.
- Vidange de la poche de recueil d'urines si sonde urinaire.
- Fixer les systèmes de drainage au lit.
- Aide au patient : rangement des affaires dans le placard, conservation du repas, si les conditions d'hygiène le permettent et si le patient est autorisé à manger à son retour.

# Mémo 37

## Surveillance post-opératoire

### I ♦ Surveillance en lien avec l'anesthésie

#### ♦ Surveillance de la phase de réveil

- Elle comprend la surveillance de la conscience et de la fréquence respiratoire en regard du risque d'hypoventilation.
- Tous les autres signes en faveur d'une hypoxémie peuvent être surveillés.

#### ♦ Surveillance des troubles de la déglutition

- **Risque de fausse route** : l'horaire de reprise des boissons et aliments sont consignées dans le dossier d'anesthésie.
- **Risque de vomissements**.

#### ♦ Surveillance de la douleur

Elle peut être évaluée à l'aide d'outils divers. Son évaluation doit permettre son identification en termes de quantification, qualification et localisation.

**Attention !** L'évaluation de la douleur doit être également utilisée après l'administration d'antalgique pour vérifier l'efficacité de ces derniers.

- **Les échelles d'autoévaluation** : l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle verbale simple, l'échelle numérique sont les plus utilisées. Il est cependant nécessaire de définir la signification des extrémités basse et haute proposées.

Chez l'enfant, l'échelle « des visages », l'échelle verticale et le schéma corporel peuvent être utilisés en lieu de l'EVA.

**Attention !** L'outil d'évaluation doit rester le même pendant toute la durée d'hospitalisation et le patient doit bénéficier d'une information précise sur le fonctionnement de ce dernier.

- **Les échelles d'hétéro évaluation** : utilisées dans le cas où l'autoévaluation n'est pas réalisable, elles sont basées sur l'observation de critères comme les expressions faciales, regard, attitudes corporelles, comportement, plaintes, cris, autres (larmes, tremblements, appétit, impact sur le sommeil, coloration du visage, transpiration, etc.). Des indicateurs physiologiques peuvent être utilisés dans certains outils (fréquence cardiaque, pression artérielle).
- **La titration morphinique** : c'est une technique d'administration par le patient lui-même



de faibles doses de morphine par *bolus* à l'aide d'une pompe. Le nombre de *bolus* demandé peut constituer un indice indirect de mesure de la douleur postopératoire.

### ◆ Anesthésies locale ou locorégionale

La surveillance de la douleur est couplée à la récupération de la **sensitivité et motricité**.

### ◆ Surveillance de la reprise de la diurèse et du transit

Risque de globe vésical nécessitant parfois un sondage évacuateur.

## II ◆ Surveillance en lien avec l'intervention

- **Risque hémorragique**. Surveillance des :
  - paramètres hémodynamiques ;
  - signes en faveur d'une anémie ;
  - sécrétions recueillies dans les drainages ;
  - pansements : aspect, efficacité des pansements compressifs s'il y a lieu ;
  - dans certains cas, surveillance biologique.
- **Risque infectieux** : surveillance de la température, frissons.
- **Risque thrombo-embolique** : surveillance des signes en faveur d'une phlébite (parfois, des bas de contention peuvent être posés).
- **Le site opéré** :
  - adapter la surveillance en lien avec la physiologie et fonction de l'organe ;
  - installation spécifique en prévention de certaines complications (ex. : risque de luxation de prothèse pour une coxarthroplastie).

## III ◆ Surveillance des dispositifs invasifs

## IV ◆ Surveillance de l'efficacité et de l'innocuité des thérapeutiques administrées

## V ◆ Surveillance en lien avec les antécédents et/ou problèmes de santé du patient

# Mémo 38

## Surveillance d'un dispositif d'immobilisation

### I ♦ Objectifs

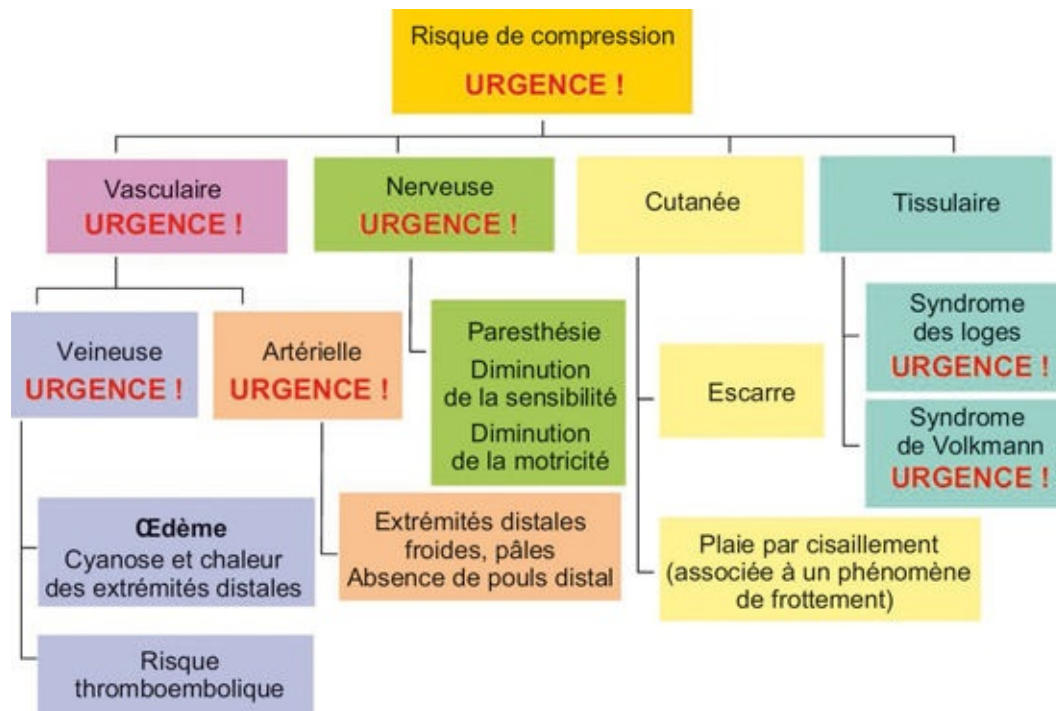
Ils peuvent être divers.

- Consolider une fracture ou éviter son déplacement.
- Mettre au repos une articulation, un ligament, un tendon.
- Maintenir un pansement, préserver une greffe cutanée.
- Corriger une position vicieuse, une malformation.

### II ♦ Surveillance d'un plâtre

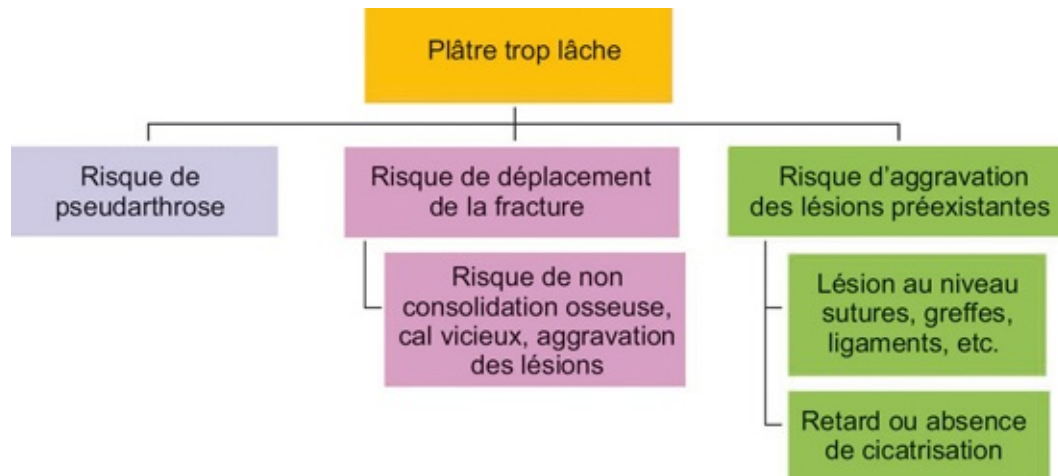
Composé de gypse ou de résine.

#### ♦ Complications possibles



**Attention !** En cas de suspicion de compression, la levée de compression doit être effectuée le plus rapidement possible par réalisation d'une fente longitudinale ou ablation entière du plâtre. Selon l'alinéa 12 de l'article R 4311-7 du Code de la santé publique, l'infirmier(e) est habilité(e) à effectuer l'ablation des dispositifs

d'immobilisation et de contention et peut intervenir en urgence dans le cadre de l'article R 4311-14 du même code.



### ◆ Actions infirmières

- Surveillance de la douleur.
- Surveillance des signes en faveur d'une complication.
- Aide dans les besoins quotidiens.
- Surélever le membre plâtré sauf si suspicion de phlébite.

### ◆ Éducation du patient

- Connaissance des **signes de compression** : consulter en urgence au moindre signe anormal.
- Entretien du plâtre :
  - ne pas mouiller le plâtre ;
  - éviter d'endommager le plâtre.

# Mémo 39

## Réfection d'un pansement

*Son but est de protéger une plaie ou un orifice de dispositif invasif des chocs, de la macération et l'infection. Avec ou sans adjonction de produit médicamenteux, il peut également assurer une cicatrisation, réduction d'un processus inflammatoire, absorption de sécrétions, etc.*

### **I ♦ Matériel**

Le plus souvent emploi de matériel stérile. Si usage d'antiseptique, il doit toujours être précédé d'une phase de détersion ou s'appliquer sur une peau propre. Toujours utiliser une même gamme d'antiseptique.

- Instruments : réutilisables ou à usage unique.
- Compresses.
- Les coussins protecteurs : ils absorbent les sécrétions et peuvent conserver l'humidité et la chaleur.
- Pansement médicamenteux : imbibés de substances grasses, corticoïdes ou antiseptiques.
- Matériel de fixation et de contention.
- Gants non stériles, pour retirer le pansement souillé et/ou réaliser des pansements non stériles, et stériles, pour faire des pansements stériles au même titre que des pinces stériles.

### **II ♦ Recommandations**

#### **♦ Aménagement de l'environnement**

- Fermer la fenêtre pour éviter les courants d'air (propagation des poussières).
- Placer le chariot au plus près du patient, si possible du côté de sa main dominante.
- Se laver les mains au plus près du soin.

#### **♦ Technique dite du « plus propre au plus sale »**

Cette technique ne signifie pas obligatoirement nettoyer du centre de la plaie vers l'extérieur.

- **Plaie d'aspect « propre »** : les techniques de « l'escargot » (mouvement rotatifs du centre vers la périphérie) ou parallèle à la plaie peuvent être employées.
- **Plaie « sale »** : un nettoyage de la périphérie vers la plaie peut être envisagé.
- Ne pas oublier qu'un orifice de drainage doit être considéré comme « sale » donc nettoyé en dernier.

- Ne pas repasser avec une compresse souillée sur une zone qui vient d'être nettoyée.

### ◆ Technique de la main ou pince « patient »

En cas d'usage de gants ou de pinces stériles, la pince ou le gant servant à la préhension des compresses dans le champ stérile ne devra en aucun cas être en contact avec la peau du patient et l'autre gant/pince en contact avec le patient ou inter-changée.

### ◆ Organisation

- Les ouvertures de matériel ne se font jamais au-dessus du champ stérile.
- Les flacons doivent être recouverts dès que possible.
- La poubelle ne doit jamais se situer à proximité directe du plan de travail et l'infirmier(e) ne doit jamais travailler au-dessus de celle-ci.
- Les poubelles doivent être fermées dans la chambre à la fin du soin.

### ◆ Critères d'efficacité d'un pansement

Un pansement doit être occlusif et sec.

## III ◆ Renouvellement de prescription par l'infirmière

Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmier(e)s sont autorisé(e)s à prescrire sont inclus, et ce pendant la durée de la prescription médicale, les articles pour pansements dont la liste est détaillée. Sont également mentionnés dans ce même article, certains types de pansements qui peuvent être prescrits « *sous réserve d'information du médecin traitant* ».

## IV ◆ Le pansement compressif

Son but est d'éviter une hémorragie par exemple. La surveillance s'axe alors sur :

- son aspect (dans le cadre d'une hémostase) ;
- la présence de poulx en aval de la compression ;
- la douleur ;
- la coloration ou chaleur cutanée ;
- la sensibilité et la motricité en aval de la compression.

# Mémo 40

## Ablation de sutures

### I ♦ Généralités

La suture d'une plaie peut être réalisée à l'aide de fils ou agrafes.

La pose de ces dispositifs est un acte médical.

- Leur ablation peut s'effectuer entre 5 jours à 21 jours et dépend de :
  - la localisation de la plaie ;
  - le type de suture ;
  - la cicatrisation.
- Lors de l'ablation, en cas de légères désunions, peuvent être appliquées des sutures adhésives de type STERI-STRIP®.

### II ♦ Les fils

#### ♦ Types de fils

- **Fils résorbables** : ils se désagrègent seuls sans intervention.
- **Fils non résorbables**.

#### ♦ Types de points

- **Point en U** : le fil passe sous la peau et les extrémités nouées à l'extérieur. Chaque point est indépendant.
- **Point intradermique** : un seul fil passe sous la peau, seules les extrémités sont apparentes en formant une boucle extérieure.
- **Point surjet** : un seul fil passe de part et d'autre le long de la cicatrice.

#### ♦ L'ablation

Elle s'effectue avec du matériel stérile, toujours après antisepsie de la plaie.

- Tenir le fil avec une pince et le couper.
- Déposer le fil coupé sur une compresse stérile réservée à cet effet.
- Si présence d'adhérence ou de croûtes à la base du fil, mobiliser ce dernier pour le dégager et le visualiser avant de le couper.
- Selon la prescription, un fil sur deux peut être enlevé dans un premier temps : les extrémités de la cicatrice sont alors à enlever en dernier lieu.

**Attention !**

Le fil quel que soit le point employé, doit toujours être coupé de l'intérieur du point vers l'extérieur.

Un fil extérieur ne doit en aucun cas passer sous la peau lors de son retrait.

- **Pour les points en U** : couper **une seule branche** du fil sous le nœud et tirer pour extraire la totalité du fil.

**Attention !** Lors du retrait, vérifier la présence de 3 branches distinctes. Si tel n'est pas le cas, une partie a pu rester sous la peau.

- **Pour les points surjets** : après avoir coupé le premier point, dégager le fil, le couper au ras de la peau puis tirer sur la partie extérieure suivante.

### III ♦ Les agrafes

Lamelles de nickel disposées de part et d'autre de la plaie et se refermant sur celle-ci.

#### ♦ L'ablation

On utilise une pince de Michel ou une pince à agrafes fines stériles.

- Glisser la pince sous l'agrafe, au centre de cette dernière, la partie convexe de la pince placée sur le dessus de la pliure de l'agrafe.
- Fermer doucement la pince sur l'agrafe qui sera alors « pincée » et s'ouvrira.
- Incliner légèrement la pince d'un côté pour faire ressortir la pointe de l'agrafe puis procéder de la même manière pour l'autre côté.
- Retirer et déposer l'agrafe sur une compresse stérile réservée à cet effet.

# Mémo 41

## Injections parentérales

### I ♦ Principes généraux

- **Respect** :
  - de l'asepsie ;
  - de la stérilité du matériel utilisé ;
  - des précautions d'hygiène standard.
- **Vérification** :
  - des dates de péremption ;
  - de l'intégrité du produit et du matériel.
- **Ne jamais injecter** en artériel.

**Attention !** Ne jamais injecter d'air. Purge obligatoire avant l'injection.

- Prendre en compte :
  - la **position du patient** : il ne doit jamais être debout lors de l'injection ;
  - le **caractère douloureux** du soin ;
  - l'**appréhension** de la personne.

### II ♦ Surveillance

- **Pendant l'injection** :
  - surveillance locale (réaction allergique, douleur, saignement, hématome...) et générale (malaise, agitation...) ;
  - respect de la vitesse d'injection.
- **Après l'injection** : état cutané, point de ponction.

### III ♦ Contre-indications

- **En lien avec le lieu de l'injection. Ne jamais injecter** sur un membre :
  - traumatisé ;
  - paralysé ;
  - ayant subi un curage ganglionnaire ;
  - porteur d'une prothèse articulaire ou vasculaire ;
  - porteur (ou en attente) d'une fistule artério-veineuse ;
  - présentant une lésion infectée ou inflammatoire.



- Patient sous anticoagulant. **Contre-indication formelle** à l'injection intramusculaire.
- Allergie au produit injecté.

## IV ♦ Intradermo-réaction (IDR)

### ♦ Particularités

- Dégraisser la peau de la face interne de l'avant-bras avec de l'éther.
- Tendre la peau et piquer horizontalement biseau vers le haut.
- Injecter lentement : sous l'effet de la pression, les pores de la peau se dilatent progressivement, entraînant une douleur et l'apparition d'une distension dermique de type « peau d'orange ».
- Ne pas masser au niveau de l'injection.
- Entourer la zone d'injection.
- Le patient ne doit pas toucher ni gratter la papule, ne pas laver ni appliquer un produit quelconque pendant 72 heures.
- La lecture sera faite par le médecin au bout de 72 heures et le résultat sera exprimé en millimètres.

## V ♦ Injection sous-cutanée

### ♦ Particularités

Pincer la peau pour former un pli.

Piquer et maintenir le pli pendant la durée de l'injection.

### ♦ Incident

- Hématome.
- Infection.
- Lipodystrophie.

### ♦ Recommandations

- Ne pas purger les seringues d'anticoagulants pré-remplies.
- Ne pas masser après une injection d'anticoagulant.
- Varier les sites d'injection.

### ♦ Les injections d'insuline

Pas d'antiseptique avant et après injection d'insuline (l'alcool réduit l'absorption de l'insuline).

### Attention !

Injection à l'aide d'un stylo à insuline nominatif ou d'une seringue spécifique aux injections d'insuline (graduations exprimées en Unité Internationale).

Aucune insuline ne doit être prélevée à partir d'un stylo injectable.

## **VI ◆ Injection intramusculaire**

### **◆ Particularité**

- Tendre la peau.
- Piquer à 90° en prenant un élan à distance modérée, l'aiguille doit être enfoncée jusqu'à la garde.
- Tirer légèrement le piston pour s'assurer qu'il n'y ait pas de reflux sanguin, injecter lentement.

### **◆ Lieux d'injection possibles**

Grand fessier, deltoïde, vaste externe, quadriceps.

**Attention !** Dans le cas d'une injection dans le grand fessier, piquer impérativement dans le quart supéro externe de la fesse pour éviter le nerf sciatique.

### **◆ Incidents**

- Atteinte du nerf sciatique.
- Abscess.
- Nécrose tissulaire.

### **◆ Recommandations**

En cas de produit gras ou épais, maintenir le corps de la seringue dans la paume de la main quelques dizaines de secondes avant l'injection pour le liquéfier.

## **VII ◆ Injection intraveineuse**

### **◆ Particularité**

*Technique identique à celle du prélèvement veineux jusqu'à la ponction*

- Par la suite, enlever le garrot et aspirer légèrement pour vérifier la présence d'un reflux sanguin.
- Injection progressive avec vérification régulière du reflux.

### **◆ Incidents**

- **Rupture de la veine** se traduisant par une douleur et un hématome immédiat : interrompre l'injection et dépiquer.
- **Hématome.**
- **Veines indurées ou sclérosées** : en cas de ponctions répétées sur la même veine.
- **Extravasation.**

### ◆ Précautions particulières

- **Ne jamais injecter en intraveineux** de produits huileux, d'eau distillée, d'eau pour préparation injectable (EPPI) seule.
- **Ne jamais injecter** également de chlorure de potassium ou de composés à base de potassium (ex. : gluconate de potassium) **en intraveineuse directe** : risque d'arrêt cardiaque immédiat.
- En cas d'injection en intraveineuse lente de potassium, la durée de passage doit **impérativement être précisée par le médecin sur la prescription médicale** (à titre **uniquement indicatif**, 1 gramme de potassium ne doit pas être injecté sur une durée inférieure à 1 heure).

## VIII ◆ Les vaccinations

Selon le Code de la santé publique, l'infirmier(e) est habilité(e) à accomplir :

- les **vaccinations antigrippales**, à l'exception de la première injection (art. R 4311-5-1) ;
- les **scarifications** et **injections** destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques (art. R 4311-7).

# Mémo 42

## Seringues auto-pulsées et pompes volumétriques

*Ces appareils permettent d'assurer l'injection de produit sur un temps prédéterminé grâce à un débit fiable et constant.*

### I ♦ Seringues auto-pulsées ou SAP

Longtemps appelées « pousse-seringue électrique », elles ne permettent d'injecter que des contenus conditionnés dans des seringues.

Ainsi, le contenu maximal injecté est de 60 mL mais ce dernier peut l'être sur des temps très courts ou au contraire très longs.

#### ♦ Préparation de la seringue

- Le volume de la seringue est choisi en fonction du volume total à administrer.
- L'étiquette identifiant le produit doit être collée dans une zone visible ne nécessitant pas de manipulation et ne masquant pas les graduations de la seringue.
- Une fois la préparation effectuée, adapter et purger le prolongateur de perfusion spécifique à l'administration en SAP.

#### ♦ Les dilutions

- Le **volume total à administrer** est constitué du volume de produit actif, si ce dernier est utilisé pur, OU, en cas de dilution, du volume de produit actif additionné du volume du soluté.
- **Détermination des dilutions** : le volume final peut être soit **prescrit** soit **laissé à la libre convenance de l'infirmier(e)**. Dans ce dernier cas, il faut tenir compte du risque de surcharge volémique accru chez certains sujets, mais aussi des indications de dilution s'il elles existent.

Il est utile de choisir un multiple de la durée d'injection prescrite sans toutefois dépasser le volume maximal de la seringue. Le débit réglé sera alors dépendant du volume final déterminé. Par exemple :

Durée d'administration	Volume choisi	Débit
8 heures	48 mL	6 mL/heure
8 heures	32 mL	4 mL/heure

- Les dilutions « volume à volume » ou « dose simple » (ex. : 1 mg de produit actif correspond à 1 mL de solution à injecter) : cette dilution peut être intéressante lors de la modulation de dose administrées (ex. : dose d'insuline en fonction de la glycémie) car elle évite les risques d'erreur et les changements intempestifs de seringue.

### ◆ Mise en place de la seringue

- Veiller à bien placer la seringue dans les différents crans de sécurité. Le piston de la seringue doit être encastré dans la partie de l'appareil qui exerce une pression sur lui en le poussant (la force de pression sera déterminée par le réglage du débit).
- Sélectionner sur l'appareil le modèle de seringue (contenance de 20, 50 ou 60 mL) et la marque de fabrication de la seringue.

**Attention !** Toute erreur dans la sélection de la seringue peut entraîner un risque de modification des temps de perfusion.

- Régler le débit en fonction du protocole ou de la prescription.

### ◆ Changement des prolongateurs

Il est nécessaire à chaque changement de concentration de produit, de ligne de perfusion, ou de seringue, dans le cas de perfusions intermittentes.

### ◆ Surveillance des seringues auto-pulsées

- Alimentation électrique : brancher les appareils sur secteur pour favoriser la charge des batteries.
- Surveillance de la programmation des données : modèle de seringue, débit réglé, concordance des concentrations utilisées avec les doses prescrites, quantité restante dans la seringue.
- Alarmes : différents types dont fin de perfusion, occlusion, batterie faible sont les plus fréquentes.

## II ◆ Les pompes volumétriques

- Le débit est exprimé en mL/heure.
- Elles permettent d'injecter de plus grands volumes que les seringues auto pulsées. Elles nécessitent des tubulures propres à chaque appareil.
- Les types d'alarme sont sensiblement identiques avec en plus une alarme « présence bulle d'air ».
- Les surveillances sont identiques.

# Mémo 43

## Oxygénothérapie

### **I ♦ Principales sources d'oxygène disponibles**

- **Prise d'oxygène murale** : prise de couleur blanche à trois crans avec installation d'un débitmètre.
- **Bouteille d'oxygène**.

### **II ♦ Différentes méthodes d'administration**

- **Masque à haute concentration** (masque à réserve) : il doit être appliqué en englobant le nez et la bouche et en évitant les fuites.
- **Lunettes à oxygène** : ce dispositif ne permet pas l'administration d'oxygène à haut débit en regard des fuites possibles.
- **Sonde à oxygène** : la longueur à introduire correspond à la distance aile du nez – lobe de l'oreille.

### **III ♦ Surveillance**

#### **♦ Du patient**

- Fréquence respiratoire, saturation artérielle en oxygène, pulsations.
- État de conscience.
- Coloration cutanée et des téguments.
- Absence de sueurs.
- Gazométrie artérielle (sur prescription médicale).
- État cutané au niveau des fixations.

#### **♦ Du système**

- Bonne position et fixation du dispositif.
- Étanchéité du circuit.
- Adéquation entre le débit prescrit et celui réglé.

**Attention !** Le débit d'administration d'oxygène chez un patient insuffisant respiratoire chronique ne peut excéder 1,5 litre/minute en raison du risque d'hypoventilation, voire d'apnée.

### **IV ♦ Calcul de l'autonomie d'une bouteille d'oxygène**

### ◆ Loi de Mariotte

Le produit de la pression lue sur le manomètre par le volume de la bouteille donne le volume d'oxygène disponible en air ambiant.

De ce volume disponible, on retire 10 % qui correspondent à une **marge de sécurité**. On obtient alors le volume total définitif.

Le temps d'autonomie de la bouteille correspond à : **Volume définitif/Débit prescrit**

### ◆ Exemple

*Volume de la bouteille = 5 litres.*

*Pression lue sur le manodétendeur : 100 bars.*

*Débit 3 litres/minute.*

Autonomie de la bouteille :  $100 \times 5 = 500$  litres d'oxygène disponibles en air ambiant.

10 % de 500 litres (marge de sécurité) = 50 litres.

Volume définitif :  $500 - 50 = 450$  litres.

Autonomie de la bouteille :  $450/3 = 150$  minutes soit **2 heures et 30 minutes**.

## V ◆ Précautions de manipulation de l'oxygène

### ◆ Rôle du détendeur

L'oxygène conditionné en bouteille se présente sous forme de gaz comprimé.

Le détendeur intégré à la bouteille a pour but de délivrer l'oxygène à la sortie de la bouteille à une pression proche de celle à air ambiant.

### ◆ Le coup de feu

Le « coup de feu » est à craindre notamment en cas de mauvaise manipulation.

Il se traduit par une inflammation au niveau du détendeur intégré au robinet d'une bouteille d'oxygène et peut conduire à une explosion.

En outre, l'oxygène est un gaz extrêmement inflammable.

### ◆ Éviter

- **Tout emploi de matière grasseuse** à proximité de la source et du dispositif d'administration d'oxygène.
- **Toute source de chaleur** à proximité de la source de la bouteille (informer le patient sous oxygénothérapie, ainsi que les voisins de chambre et les visiteurs, qu'ils ne doivent pas fumer).
- **Tout choc au niveau des bouteilles d'oxygène** : ces dernières doivent être stockées en position verticale avec chaînette de sécurité. En cas de bouteille endommagée, renvoyer cette dernière au niveau du service compétent.
- **Tout stockage de la bouteille dans des endroits poussiéreux.**

### ◆ Ouverture de la bouteille

- En cas de bruit suspect à l'ouverture ou lors de l'utilisation de la bouteille : fermer celle-ci immédiatement et la renvoyer au service compétent pour vérification.
- Ne pas tenter de forcer la bouteille en cas de difficulté à l'ouverture de celle-ci, au branchement ou à l'utilisation du manodétenteur.
- Veiller à la bonne fermeture de la bouteille quand celle-ci n'est pas utilisée.
- Toujours ouvrir une bouteille d'oxygène progressivement.



# Mémo 44

## Aérosolthérapie

*C'est l'inhalation de particules mises en suspension dans un gaz (air comprimé ou oxygène) à l'aide d'un nébuliseur relié à un masque.*

*L'administration en aérosol de produit non médicamenteux relève du rôle propre infirmier et celle des produits médicamenteux d'une prescription médicale.*

### **I ♦ Déroulé**

- Installer le patient en position demi-assise.
- Faire moucher et cracher le patient avant le soin.
- Après avoir mis le produit dans le réservoir du nébuliseur, s'assurer que ce dernier ait un contenu de 5 mL. Si ce n'est pas le cas, compléter avec du sérum physiologique pour atteindre ce volume.
- Raccorder le nébuliseur au débitlitre de la prise d'oxygène (prise murale de couleur blanche à trois crans).
- Régler le débit selon la prescription médicale.
- Le patient doit :
  - inspirer par le nez ;
  - expirer par la bouche ;
  - s'abstenir de parler.
- Un aérosol doit durer en moyenne 15 minutes.
- À la fin du soin, le masque et le réservoir du nébuliseur doivent être nettoyés.
- Proposer au patient de se moucher et de cracher.

**Attention !** Pour qu'un aérosol fournisse une quantité suffisante de particules en suspension, un brouillard doit se former dans le masque du patient.

### **II ♦ Surveillance**

#### **♦ Au niveau du patient**

- Fréquence respiratoire.
- Saturation artérielle en oxygène.
- Pulsations.
- Absence de bronchospasme.

#### **♦ Au niveau du système**

- Présence du brouillard.
- Bonne position du masque.
- Réservoir du nébuliseur en position verticale.
- Absence de fuites.

### **III ♦ Remarques**

- Planifier les séances d'aérosol à distance des repas (une heure minimum) en raison du risque de nausées.
- Informer le patient que les aérosols peuvent s'avérer bruyants.
- Lors d'un aérosol de bronchodilatateur et sur prescription médicale, le patient peut utiliser un **débitmètre de pointe** (appelé également « *peak-flow* ») avant et après l'aérosol pour mesurer le débit maximal expiré.

# Mémo 45

## Voie veineuse périphérique

*C'est l'introduction dans le système veineux périphérique d'un cathéter court par voie transcutanée.*

### **I ♦ Indications**

- À visée thérapeutique :
  - administration de médicaments ;
  - nutrition, hydratation ;
  - augmentation de la volémie ;
  - transfusion.
- À visée diagnostique : injection de produits de contraste.

### **II ♦ Contre-indications**

- Contre-indications strictes. Pose sur un membre porteur :
  - d'une fistule artério-veineuse (ou en attente de création) ;
  - d'une prothèse orthopédique ou vasculaire ;
  - du côté ayant subi un curage ganglionnaire, axillaire ou une radiothérapie ;
  - de lésions cutanées ou présentant un foyer infectieux à proximité du site d'insertion.
- Contre-indications relatives. Pose sur un membre hémiplégique ou membre inférieur.

### **III ♦ Sites d'insertion**

- Éviter de ponctionner les zones articulaires car risque de dysfonctionnement de la perfusion.
- Préserver au maximum le capital veineux en privilégiant la ponction de la partie distale du membre.

### **IV ♦ Pose du cathéter de perfusion**

Application des précautions d'hygiène « standard ».

#### **♦ Préparation du matériel**

- Le cathéter est choisi en fonction du calibre de la veine, du débit et du type de produit à injecter.
- Monter la ligne de perfusion avec asepsie et la purger.
- La prise d'air des tubulures doit être fermée sauf en cas de flacon rigide.

- Apposer une étiquette sur la poche ou le flacon de perfusion avec :
  - date et heure de pose ;
  - date et heure de fin d'administration ;
  - nom et quantité des produits ajoutés dans le soluté ;
  - débit d'administration.

### ◆ **Recommandations**

- Prendre en compte le souhait du patient sur le membre à perfuser mais aussi le bras dominant.
- Réaliser une dépilation si nécessaire avec une tondeuse.
- Pratiquer une large antiseptie cutanée du site de ponction en quatre temps par un mouvement circulaire centrifuge (méthode de « l'escargot »).
- Est recommandé l'usage de la polyvidone alcoolique (sauf chez le nouveau-né) ou de chlorhexidine.
- Une fois le cathéter en place, couvrir le site avec un pansement stérile transparent semi-perméable.

## V ◆ **Manipulations des tubulures**

- Tout site d'injection au niveau des rampes ou robinet doit être désinfecté avant branchement.
- Il est recommandé de changer l'ensemble du dispositif de perfusion toutes les 96 heures.
- Dans certains cas (capital veineux limité, enfant), le changement de cathéter ne se fait qu'en cas de signes de complications.

## VI ◆ **Surveillance**

**Attention !** Toute complication nécessite l'ablation immédiate du cathéter.

### ◆ **Risque infectieux**

- Respect du système clos.
- Étanchéité et propreté du pansement.
- Absence de signes inflammatoires locaux : induration plus autres signes résumés sous le moyen mnémotechnique « **Rez De Chaussée Gauche** » :

**R** comme **Rougeur**

**D** comme **Douleur**

**C** comme **Chaleur**

**G** comme **Gonflement** ou œdème

- Absence de signes infectieux locaux et généraux : suppuration, fièvre (ou hypothermie), frissons, sueurs, *etc.*

### ◆ Risque d'extravasation

- Absence de signes de diffusion extravasculaire : douleur à l'injection, rougeur, empatement, chaleur et œdème cutané...
- Présence d'un reflux.

### ◆ Risque d'obstruction

- Absence de clamp accidentel et/ou de plicature des tubulures.
- Absence de sang résiduel dans la tubulure ou cathéter.
- Concordance du débit d'administré et celui réglé.
- Vérifier le volume de produit restant à perfuser.
- Étanchéité du circuit de perfusion.

**Attention !** Ne jamais tenter de désobstruer sous pression un cathéter périphérique.

### ◆ Risque d'embolie gazeuse

- Vérification de l'absence d'air dans le circuit de perfusion.
- Purge des tubulures préalable à toute pose.
- Étanchéité du circuit de perfusion.

## VII ◆ Traçabilité

Doivent être inscrits dans le dossier de soins :

- dates de pose et d'ablation du cathéter ;
- taille de ce dernier ;
- site de pose ;
- nom de l'opérateur.

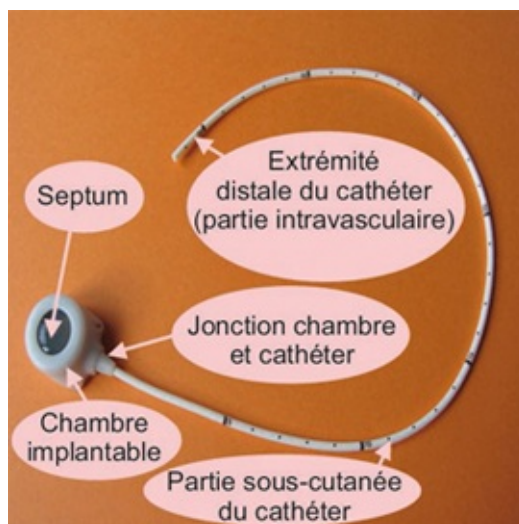
# Mémo 46

## Chambre à cathéter implantable (CCI)

### I ♦ Descriptif

C'est un cathéter veineux central relié à un boîtier appelé également **chambre d'injection**.

- **La chambre** : elle est implantée dans l'espace sous-cutané et recouverte d'une membrane, le septum.
- **Le cathéter central** :
  - radio-opaque, son extrémité distale est positionnée dans la veine cave supérieure à la jonction avec l'oreillette droite ;
  - la veine ponctionnée peut être variable (jugulaire interne, axillaire, sous-clavière) ;
  - la pose est effectuée par un médecin.



### II ♦ Indications

Traitement de longue durée nécessitant une voie d'abord veineuse de gros calibre et peu fragile.

### III ♦ Contre-indications

- Atteinte cutanée locale : brûlures, infection locale ou septicémie, métastase cutanée.
- Antécédent de thrombose au niveau des veines ponctionnées.
- Troubles majeurs de la coagulation.

### IV ♦ Manipulations

**Attention !**

La première injection et/ou perfusion doit être réalisée par un médecin.

Toute injection doit être réalisée obligatoirement avec des seringues de volume supérieur ou égal à 10 mL (évitent une trop grande pression sur le cathéter).

### ◆ Manipulation des rampes d'injection

Gants non stériles et utilisation de compresses stériles imprégnées d'antiseptique.

### ◆ Prévention du risque infectieux

- **Respect du système clos** : présence de valves bidirectionnelles sur les sites d'injection.
- **Changement des lignes de perfusion** : toutes les 72 heures et de l'aiguille tous les 8 jours.
- **En cas de perfusion unique** : retirer la tubulure dès la fin d'administration du produit.

## V ◆ Pose de l'aiguille

### ◆ Matériel

- Gants stériles.
- Port de masque pour le soignant et le patient (si impossibilité pour ce dernier, le visage ne doit pas être tourné vers le site de ponction).

### Attention !

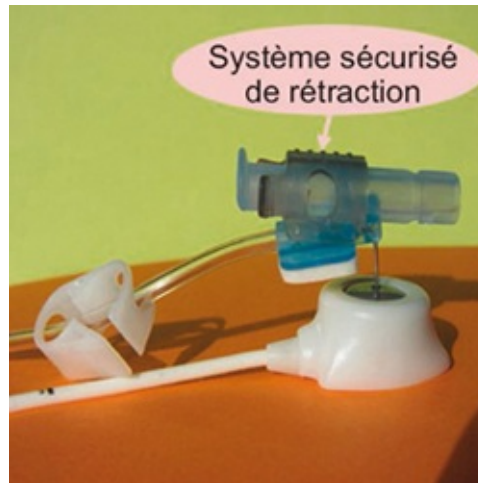
Utiliser impérativement des aiguilles de Huber qui présentent un biseau tangentiel pour éviter le carottage du septum.

Utiliser de préférence des aiguilles de 22 Gauges (évite au moment du retrait un reflux distal trop important).

### ◆ Précautions

- Vérifier l'état cutané au niveau de la chambre et sur le trajet du cathéter.
- Effectuer une double antisepsie cutanée : la 1<sup>re</sup> à mains nues, la seconde avec port de gants stériles.
- Repérer la chambre : maintenir celle-ci entre deux doigts tout en piquant perpendiculairement au centre de la chambre.
- Varier les points de ponction.
- Orienter le biseau de l'aiguille vers l'extrémité du cathéter pour faciliter l'écoulement.
- Appliquer un pansement stérile, semi-perméable et transparent.

## >>> Pose d'une aiguille de Huber



## VI ♦ Rinçage de la chambre implantable

- Il doit être réalisé **uniquement avec du chlorure de sodium isotonique**.
- Le rinçage d'un volume minimum de 10 mL doit être effectué en pulsé car beaucoup plus efficace que le rinçage continu.

### ♦ Indications

- Lors de la présence de sang résiduel dans la tubulure (à la fin d'une transfusion, reflux, prélèvement sanguin, *etc.*).
- Entre chaque produit susceptible de provoquer des précipités.
- Lors de la mise en place et du retrait de l'aiguille.

## VII ♦ Retrait de l'aiguille

Il doit s'effectuer **en pression positive** pour éviter un reflux distal et éviter une obstruction du cathéter. Pour cela, retirer l'aiguille d'une main avec injection simultanée d'une solution de rinçage de l'autre main.

## VIII ♦ Surveillance d'une CCI

### ♦ Fonctionnalité de la CCI

Elle est matérialisée par la présence d'un reflux, une injection facile, une absence d'extravasation.

### ♦ En post-opératoire

- Surveillance de l'absence de fièvre, dyspnée, douleur thoracique (risque de survenue d'un pneumothorax), saignement, hématome, signes locaux d'infection.
- Surveillance de la cicatrisation de la plaie.
- Ablation des sutures si non résorbables environ 12 jours après la pose.
- Une fois la cicatrisation effectuée, le pansement peut être retiré et la douche possible.



### ◆ **Risque de désunion de la cicatrice**

Ne jamais piquer au niveau de la cicatrice.

### ◆ **Risque infectieux**

Absence de douleur, signes inflammatoires locaux, écoulement, fièvre, frissons ou hypothermie.

### ◆ **Risque d'embolie gazeuse**

S'assurer de la purge du système, de l'absence de bulles d'air et de l'étanchéité du circuit.

### ◆ **Risque d'obstruction**

- Se traduit par une absence de reflux et impossibilité à injecter.
- Ne jamais tenter de désobstruer sous pression une CCI (risque de rupture au niveau de la chambre et d'embolisation du cathéter).

### ◆ **Risque d'extravasation**

- Surveillance du reflux, de la position et de la fixation de l'aiguille, des signes d'extravasation.
- Ne jamais injecter en l'absence de reflux sans avis médical.
- En cas d'extravasation de substances corrosives :
  - arrêter la perfusion ;
  - appel du médecin ;
  - aspirer au maximum le produit injecté ;
  - délimiter au crayon la zone cutanée atteinte ;
  - urgence chirurgicale pour aspiration et lavage (délai d'intervention inférieur à 6 heures).

### ◆ **Risque de complications mécaniques**

- Fissuration et/ou rupture du cathéter : surveillance des signes d'extravasation.
- Embolisation du cathéter : surveillance identique avec en plus surveillance des troubles du rythme, présence d'un reflux.
- Syndrome de la pince costo-claviculaire ou « *Pinch off* » : compression du cathéter.
- Fistulisation septum/peau :
  - diversifier les points de ponction ;
  - ne pas utiliser des aiguilles de gros calibre ;
  - Surveiller les signes d'extravasation.

### ◆ **Risque de thrombose veineuse**

Surveillance de la douleur, présence d'un œdème, cordon veineux (niveau jugulaire), difficulté à injecter.

## **IX ♦ La CCI à domicile**

Une éducation doit être conduite auprès du patient et un **carnet de surveillance** lui est remis.

Selon l'arrêté du 20 mars 2012, l'infirmier(e) est autorisé(e) à prescrire un certain nombre d'accessoires pour perfusion à domicile, dont les aiguilles nécessaires à l'utilisation de la CCI, et ce pendant la durée de la prescription médicale.

# Mémo 47

## Canule trachéale

*Les objectifs de cette canule sont différents selon que le patient soit :*

- *trachéostomisé : éviter que le trachéostome ne rétrécisse ;*
- *trachéotomisé : assurer la communication entre la trachée et l'orifice cutané, éviter la fermeture de l'orifice trachéal.*

### I ♦ Description

#### ♦ Composition

La canule trachéale est composée de 2 parties.

- **Chemise externe** ou **corps de la canule** : c'est la partie qui se trouve en contact avec la paroi trachéale.
- **Chemise interne** : c'est une canule qui se trouve à l'intérieur de la chemise externe. Elle peut être retirée pour être nettoyée tout en laissant en place la chemise externe.

#### >>> Canule trachéale



**Attention !** La canule interne doit toujours être verrouillée d'un quart de tour environ au corps de canule.

## >>> Verrouillage de la chemise interne sur le corps de canule



### ◆ Types de canules

- **Canule simple** : composée d'un corps et d'une chemise interne.

**Attention !** Cette canule ne doit jamais être obturée (risque d'asphyxie).

- **Canules à ballonnet** : à l'extrémité distale de la canule, le ballonnet permet d'assurer l'étanchéité des voies aériennes mais aussi d'éviter les fuites d'air autour de la canule.

**Attention !** Cette canule ne doit jamais être obturée (risque d'asphyxie).

- **Canules fenêtrées** :

- elles permettent la phonation ;
- elles sont équipées dans leur partie supérieure d'un orifice de manière à ce que l'air expiré puisse s'y échapper et faire vibrer les cordes vocales, ou l'implant phonatoire dans le cas d'une laryngectomie ;
- pour parler, nécessité d'obturer la canule à l'expiration avec le doigt ou un bouchon ;
- ces canules sont livrées avec 2 chemises internes : l'une fenêtrée et l'autre non fenêtrée. En règle générale, est utilisée la chemise interne fenêtrée, l'autre ne servant que lors des soins de canule.

#### **Attention !**

Les aspirations endotrachéales doivent s'effectuer avec la chemise interne non fenêtrée. Si la canule fenêtrée est équipée d'un ballonnet, remettre impérativement la chemise interne fenêtrée.

Cette canule ne doit jamais être obturée dans le cas où la chemise interne en place n'est pas fenêtrée (risque d'asphyxie).

- **Canule à valve de phonation** : la valve est unidirectionnelle, elle s'ouvre à l'inspiration et se ferme à l'expiration. Dans ce dernier cas, l'air expiré passe au travers du larynx et des cordes vocales.

**Attention !** Cette canule est contre-indiquée chez les patients laryngectomisés.

## II ♦ Soins de canule

Selon le Code de la Santé Publique, article R 4311-7, l'infirmier(e) est habilité(e) en application d'une prescription médicale ou d'un protocole à effectuer les « *soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin* ».

### ♦ Organisation du soin

- Soins à distance des repas.
- Patient installé tête en légère extension.
- Vérification du système d'aspiration opérationnel avant le soin.

### ♦ Réalisation du soin

- Surveillance clinique et locale.
- Aspiration si nécessaire.
- Pas d'utilisation systématique d'antiseptique.
- Si présence de ballonnet, le dégonfler avant le retrait de la canule.
- Lubrification de la nouvelle canule avant la pose.
- Lanière de maintien serrée de manière adaptée et efficace.

## III ♦ Surveillance d'un patient porteur de canule trachéale

### ♦ Risque d'obstruction et/ou d'encombrement

**Surveillance de l'état clinique** : comportement, fréquence et amplitude respiratoire, saturation artérielle en oxygène, aspect des sécrétions, absence de cyanose, sueurs.

### ♦ Risque de décanulation

**Attention !** Au regard du risque de décanulation, un plateau composé de matériel pour la mise en place d'une nouvelle canule doit être disponible à tout moment.

- **Surveillance du système de fixation de la canule** : composé d'un lien raccordé au niveau de la collerette du corps.

**Attention !** En aucun cas, le ballonnet ne doit être considéré comme un élément servant à la fixation de la canule.

- **Surveillance des fils de fixation** (si sutures cutanées) en post opératoire immédiat.
- **Surveillance de la longueur extériorisée** de la canule.

### ♦ Risque de fermeture de l'orifice trachéal

S'assurer de la présence disponible à tout moment d'un écarteur de Laborde, notamment dans le cas d'un patient trachéotomisé.

### ◆ **Risque de fausse route**

Surveillance du ballonnet, absence de toux.

### ◆ **Risque infectieux**

- Surveillance locale, température, aspect des sécrétions.
- Nettoyage régulier de la canule.

### ◆ **Risque d'altération cutanée et ou des tissus**

- Surveillance de la pression de gonflage du ballonnet, état cutané autour de l'orifice, absence de douleur.

# Mémo 48

## Don du sang

### I ♦ La collecte de sang

- Les organismes responsables de la collecte et de la distribution des produits sanguins en France sont :
  - l'EFS (Établissement français du sang) ;
  - le CTSA (Centre de Transfusion du Service des Armées).
- Le don de sang est un acte :
  - gratuit ;
  - anonyme ;
  - volontaire.
- La personne doit être majeure (sauf très rare exception).
- Elle doit s'être entretenue avec un médecin du centre de don après avoir rempli un questionnaire et avoir passé un examen clinique.
- Le questionnaire permet de dégager des contre-indications qui pourraient impacter
  - le donneur : femmes enceintes, pathologies cardiovasculaires, tétanie... ;
  - le receveur : pathologies bactériennes, virales, parasitaires...
- Les examens biologiques (sérologies, hémoglobine pré don) sont effectués lors de la collecte de sang.
- Le don peut être :
  - un don de sang total ;
  - un don par aphérèse (plasma, plaquettes).

### II ♦ La transformation du sang total

Le sang total issu du don sera ensuite transformé et débouchera sur deux grands types de produits :

#### ♦ Produits sanguins labiles (PSL)

Ils sont fragiles et se périment rapidement. Parmi eux, on trouve :

	Contenu	Précaution de transport	Précautions de stockage dans les services	Délai de passage à réception

<b>Concentré de globules Rouges (CGR)</b>	Suspension uniquement de globules rouges.	Boite isotherme entre 2 et 8 °C.	Boite isotherme entre 2 et 8 °C.	6 heures.
<b>Concentré de plaquettes</b>	Suspension uniquement de plaquettes.	Air ambiant sous agitation constante.	Air ambiant sous agitation constante.	Immédiatement si pas d'agitateur disponible.
<b>Plasma frais Congelé (PFC)</b>	Plasma dépourvu de tout élément figuré du sang.	Air ambiant après décongélation au bain marie effectuée à l'EFS.	Air ambiant.	2 à 6 heures.

**Remarque.** Tous les PSL sont obligatoirement déleucocytés depuis 1998.

#### ◆ Médicaments dérivés du sang (MDS)

- Issus du fractionnement du plasma, ces produits ont bénéficié d'une inactivation virale et possèdent des dates de péremption plus longues que les PSL.
- Parmi eux, on trouve :
  - les immunoglobulines ;
  - les facteurs de coagulation ;
  - l'albumine.



# Mémo 49

## Groupes sanguins érythrocytaires : systèmes ABO, Rhésus, Kell

### I ♦ Notion d'antigènes et anticorps

#### ♦ Réaction antigène/anticorps

Les **antigènes** sont des molécules qui couvrent la surface des cellules de l'organisme. Ils sont les cibles d'**anticorps spécifiques** ou **agglutinines**, c'est-à-dire qu'un anticorps ne peut réagir qu'avec un antigène particulier contre lequel il est dirigé.

De ce fait, un anticorps ne peut pas réagir avec un autre anticorps. Il ne peut également pas réagir avec un antigène qui ne lui est pas spécifique.

#### ♦ Anticorps naturels

Certains anticorps existent naturellement dans l'organisme : ils sont appelés **anticorps naturels**.

#### ♦ Anticorps immuns

D'autres non présents à l'état naturel, ne sont fabriqués qu'à la suite de la mise en contact avec un antigène « étranger » à l'organisme. Cette phase appelée **allo-immunisation**, débouche sur la fabrication par l'organisme d'anticorps qui n'étaient pas présents jusqu'alors.

En transfusion, ces anticorps sont dits **immuns** et feront définitivement partie du capital d'anticorps présents dans l'organisme.

### II ♦ Groupes sanguins

- Un groupe sanguin est défini par un ensemble d'**antigènes**. Différents éléments figurés du sang portent des antigènes : il y a donc plusieurs sortes de systèmes de groupes sanguins.
- En transfusion, on s'intéresse particulièrement aux **systèmes érythrocytaires**. Dans un système érythrocytaire, il existe différents antigènes. C'est l'ensemble des antigènes présents sur les hématies d'un individu qui détermine son appartenance à un groupe au sein du système.
- Les systèmes érythrocytaires les plus importants en pratique sont les systèmes ABO, Rhésus et Kell.

## A. Le système ABO

Les hématies portent des antigènes spécifiques dont la présence (ou pas) détermine l'appartenance du sujet à un des quatre groupes sanguins : A, B, O ou AB.

Ces antigènes sont les suivants : **antigène A** et **antigène B**.

En outre, il existe dans le plasma des individus des anticorps naturels et dirigés contre l'antigène ou les antigènes que le sujet n'a pas.

Ces anticorps sont les suivants : **anticorps anti-A** et **anticorps anti-B**.

Groupe sanguin	Antigènes présents sur les hématies	Anticorps présents dans le plasma
<b>A</b>	Antigène A	Anticorps anti-B
<b>B</b>	Antigène B	Anticorps anti-A
<b>AB</b>	Antigène A et antigène B	Aucun anticorps
<b>O</b>	Aucun antigène	Anticorps anti-A et anticorps anti-B

## B. Les systèmes Rhésus et Kell

Les hématies portent également des antigènes spécifiques dont la présence (ou pas) détermine l'appartenance du sujet aux groupes sanguins respectifs de ces deux systèmes.

### ◆ Système Rhésus

Ce sont les antigènes D, C, c, E, e.

- Plusieurs de ces antigènes peuvent être présents ensemble sur l'hématie mais on considère que seule la présence de l'antigène D détermine l'appartenance au groupe **Rhésus positif** (Rhésus + ou Rh +).
- De ce fait, l'absence de l'antigène D détermine l'appartenance au groupe **Rhésus négatif** (Rhésus – ou Rh –).

### ◆ Système Kell

Ce sont les antigènes K et k.

C'est la présence de l'antigène K qui détermine l'appartenance au groupe **Kell positif** (Kell +).

**Remarque.** Il n'existe pas dans le plasma d'anticorps naturels propres aux systèmes Rhésus et Kell mais à l'occasion d'une allo-immunisation (grossesse, transfusion antérieure), des anticorps immuns peuvent s'être développés.

Groupe sanguin	Antigènes présents sur les hématies
<b>Rhésus +</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antigène D.</li> <li>• Autres antigènes du système Rhésus possible.</li> </ul>

<b>Rhésus –</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'antigène D.</li> <li>• Autres antigènes du système Rhésus possible.</li> </ul>
<b>Kell +</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antigène K.</li> <li>• Autre antigène du système Kell possible.</li> </ul>
<b>Kell –</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'antigène K.</li> <li>• Autre antigène du système Kell possible.</li> </ul>

Ainsi, tous les sujets n'ont pas forcément les mêmes anticorps dans leur plasma. Certains pourront posséder des anticorps immuns alors que d'autres n'en posséderont pas.

### III ♦ Les anticorps irréguliers

Un **anticorps irrégulier** est un anticorps qui n'est pas systématiquement présent chez tous les sujets d'un même groupe sanguin. C'est le cas des **anticorps immuns**.

Il peut exister des anticorps irréguliers chez un même sujet au sein de différents systèmes. L'examen biologique qui permet de déterminer la présence et l'identification de ces anticorps irréguliers s'appelle la **RAI (recherche d'anticorps irrégulier)**.

Une RAI positive signifie qu'il y a présence d'anticorps irréguliers, une RAI négative signifie l'absence d'anticorps irréguliers dans le plasma.

**Remarque.** La durée de validité des RAI est de 72 heures à compter de la date de réalisation de l'examen.

### IV ♦ Phénotype et carte de groupe sanguin

Une hématie peut porter plusieurs antigènes qui déterminent l'appartenance du sujet aux groupes des différents systèmes érythrocytaires. L'identification de ces antigènes est regroupée dans le **phénotype**.

#### ♦ Identification du phénotype

• **Phénotype standard** : il détermine les antigènes des systèmes Rhésus, Kell présents sur les hématies.

**Exemple de phénotype standard** :  $D- C- c+ E- e+ K-$

*Dans ce cas, le sujet ne possède pas à la surface de ses hématies les antigènes D, C, E et K. En revanche, il possède les antigènes c et e. Du fait de l'absence de l'antigène D, il est de Rhésus négatif.*

• **Phénotype étendu** : il détermine, en plus du standard, les antigènes d'autres systèmes érythrocytaires présents sur les hématies (Lewis, Kidd, etc.).

**Remarque.** L'identification du phénotype est notée sur la carte de groupe sanguin de la personne. Pour qu'une carte de groupe soit valide, elle doit comporter obligatoirement deux déterminations de groupe réalisées à deux moments différents et si possible par

deux personnes différentes.

### ◆ Nomenclature internationale

#### Système Rhésus

Antigène	Nouvelle nomenclature
D	RH1
C	RH2
E	RH3
c	RH4
e	RH5

#### Système Kell

Antigène	Nouvelle nomenclature
K	KEL 1
k	KEL 2

Ainsi, si on reprend l'exemple du phénotype  $D^- C^- c^+ E^- e^+ K^-$ , il s'écrira alors :  
 $RH^- 1, RH^- 2, RH4, RH^- 3, RH5, KEL^- 1$

# Mémo 50

## Compatibilité transfusionnelle

*Son but est d'éviter l'hémolyse et l'allo-immunisation.*

*Pour cela, elle doit prendre en compte les différents systèmes sanguins ainsi que la nature du produit transfusé.*

### I ♦ Nature du produit transfusé

La majorité des dons de sang sont effectués à partir de sang total et subissent une transformation spécifique (centrifugation, filtration, etc.) pour aboutir aux différents produits sanguins labiles.

- Dans le cas des systèmes érythrocytaires :
  - les antigènes sont portés uniquement par les hématies ;
  - les anticorps se retrouvent dans le plasma.

Il est donc nécessaire d'identifier les entités immunitaires présentes ou non dans le produit.

- Ainsi, si le PSL transfusé est :
  - un **CGR (concentré de globules rouges)** : ce produit ne contient que des globules rouges dans une solution conservatrice. Les entités immunitaires potentiellement présentes sont uniquement des antigènes ;
  - un **PFC (plasma frais congelé)** : ce produit ne contient que du plasma. Les entités immunitaires potentiellement présentes sont uniquement des anticorps ;
  - un **CSP (concentré standard de plaquettes)** ou **CPA (concentré plaquettaire par aphérèse)** : ce produit ne contient que des plaquettes dans une solution conservatrice.

### II ♦ Identification des entités immunitaires présentes dans le PSL

#### A. Dans le système ABO

CGR de groupe	Entités immunitaires présentes
A	Antigènes A.
B	Antigènes B.
O	Aucun antigène A et B.

PFC de groupe	Entités immunitaires présentes
A	Anticorps anti-B.

B	Anticorps anti-A.
O	Anticorps anti-A et anticorps anti-B.

## B. Dans le système Rhésus

### ◆ Pour un CGR

CGR de groupe	Entités immunitaires présentes
Rhésus +	Antigène D
Rhésus –	Pas d'antigène D

Le système Rhésus est composé d'autres antigènes : les **antigènes C, E, c, e**. Ces antigènes peuvent être également présents. Pour les identifier, il faut se référer au phénotype indiqué sur l'étiquette du CGR et sur la fiche de distribution nominative fournie avec le produit.

## C. Dans le système Kell

### ◆ Pour un CGR

CGR de groupe	Entités immunitaires présentes
Kell +	Antigène K
Kell –	Pas d'antigène K

Il existe un autre antigène qui peut être également présent : l'**antigène k**. Pour l'identifier, il faut se référer au phénotype indiqué sur l'étiquette du CGR et sur la fiche de distribution nominative fournie avec le produit.

## III ◆ Principes de la compatibilité

Il est fortement conseillé de raisonner système par système.

Une méthodologie peut être proposée en répondant chronologiquement aux questions suivantes :

- Qu'est-ce que je transfuse ?
- En fonction de la nature et du groupe sanguin du PSL transfusé, quelles sont les entités immunitaires apportées au patient ?
- Pour éviter l'hémolyse ou l'allo-immunisation, quelles sont les entités immunitaires spécifiques que ne doit pas posséder le patient ?
- Après identification de ces entités et en fonction du groupe sanguin du patient, ce dernier les possède-t-il ?
- La transfusion est-elle possible dans tous les systèmes érythrocytaires ?

## A. Transfusion de CGR

**Exemple : transfusion d'un CGR de groupe AB Rhésus positif à un patient de groupe B Rhésus négatif.**

**La transfusion est-elle possible ?**

### ◆ Système ABO

- a) Je transfuse un CGR donc je transfuse des hématies.
- b) Le CGR étant de groupe AB, j'apporte au patient des antigènes A et des antigènes B.
- c) Pour éviter l'hémolyse, le patient ne doit avoir ni d'anticorps anti-A et ni anti-B dans son plasma.
- d) Étant du groupe B, il possède des anticorps anti-A dans son plasma.
- e) Si je transfuse, il y aura réaction entre les anticorps anti-A du patient et les antigènes A du CGR se soldant par une hémolyse.

**La transfusion n'est pas possible dans le système ABO.**

### ◆ Système Rhésus

- a) Je transfuse un CGR donc je transfuse des hématies.
- b) Le CGR étant du groupe Rhésus positif, j'apporte au patient des antigènes D.
- c) Pour éviter l'hémolyse, ce dernier ne doit pas avoir d'anticorps anti-D dans son plasma.
- d) Les anticorps anti-D sont des anticorps immuns et non naturels. Le patient étant du groupe Rhésus négatif, je dois donc vérifier les RAI pour savoir si le patient en possède.
- e) Si les RAI ont identifié un anticorps anti-D, il y aura un risque de réaction avec les antigènes D du CGR donc hémolyse. La transfusion n'est pas possible, je ne transfuse pas. Si les RAI sont négatives, je dois prévenir l'allo-immunisation. En effet, si je transfuse, il y a risque de fabrication d'anticorps anti-D potentiellement dangereux en cas de transfusion ultérieure de CGR de Rhésus positif. La transfusion n'est pas possible.

**Attention !** Il est également nécessaire de vérifier la compatibilité pour le reste du système Rhésus. Pour cela, il faut croiser le phénotype du CGR (notifié sur l'étiquette du CGR et la fiche de distribution nominative) avec celui du patient ainsi qu'avec les résultats des RAI.

*Si par exemple, le phénotype du CGR est :  $D^+ C^- c^+ E^- e^+ K^+$*

*Phénotype de M. CASIMIR :  $D^+ C^- c^+ E^- e^+ K^-$*

*Les RAI sont positives et un anticorps anti-K est identifié.*

*La transfusion est impossible car risque hémolytique.*

*Pour écarter ce risque, il faudrait transfuser un CGR :  $D^+ C^- c^+ E^- e^+ K^-$*

### ◆ Autres systèmes

Le même raisonnement évoqué pour le système Rhésus s'applique.



## B. Transfusion de PFC

- Le raisonnement de compatibilité se base sur l'identification des anticorps présents dans le PFC.
- L'infirmier(e) doit alors s'assurer de l'absence des antigènes spécifiques à ces anticorps au niveau des hématies du patient et ce dans les différents systèmes érythrocytaires.
- Pour vérifier la compatibilité, il faut croiser le phénotype du patient avec les anticorps identifiés sur la fiche de distribution nominative et l'étiquette du PFC.

## IV ♦ Conclusion

L'adage « O est donneur universel et AB est receveur universel » ne peut être retenu comme acquis.

- Le groupe O peut être en théorie transfusé à tous les sujets des groupes du système ABO pour une transfusion de CGR mais **en aucun cas pour une transfusion de PFC**.
- Un sujet de groupe AB peut en théorie recevoir des CGR des autres groupes du système ABO mais **en aucun cas pour une transfusion de PFC**.
- La légitimité de cet adage est, en outre, compromise car la compatibilité dans les autres systèmes érythrocytaires est nécessaire et ne peut se restreindre à celle du ABO.



# Mémo 51

## Accidents transfusionnels

### **I ♦ Conduite à tenir**

De divers ordres, il faut cependant adopter systématiquement la conduite à tenir suivante :

- Arrêter **immédiatement** la transfusion.
- Conserver de la voie d'abord veineuse.
- Prévenir le médecin.
- Amener au besoin le chariot d'urgence.
- Contacter l'EFS et renvoyer la poche de PSL en cours de transfusion accompagnée de sa tubulure **non désolidarisée**.
- **Aucun prélèvement ne doit être effectué sur la poche de PSL.**

Toutes ces étapes doivent être respectées dans l'ordre chronologique précité.

Le contexte étant fortement anxiogène, il est **fondamental de rassurer le patient**.

L'instance responsable de l'hémovigilance doit être prévenue le plus rapidement possible et une **fiche d'incident transfusionnel** remplie et envoyée. Un double de cette fiche doit être placé dans le **dossier transfusionnel**.

### **II ♦ Accident de type hémolytique**

#### **♦ Signes cliniques**

Dans tous les cas, la transfusion sera inefficace.

Plusieurs signes peuvent s'observer mais ne sont pas tous forcément présents :

- Sensation de malaise, oppression thoracique, agitation, dyspnée.
- Frissons, hyperthermie.
- État de choc (hypotension artérielle, tachycardie, sueurs).
- Douleurs lombaires, urines rouges voire anurie.
- Tableau clinique en faveur d'une coagulation intraveineuse disséminée.
- Un ictère peut s'observer ultérieurement.

#### **♦ Étiologie**

Incompatibilité transfusionnelle.

#### **♦ Conduite à tenir spécifique**

- **Surveillance accrue des paramètres vitaux** : pouls, tension artérielle, fréquence

respiratoire, SpO<sub>2</sub>, mais aussi coloration des téguments, aspect et quantité des urines.

- **Envoi à l'EFS** : du produit sanguin transfusé et de la carte de contrôle de compatibilité.
- **Application de la prescription médicale** : administration de thérapeutique, prélèvements sanguins (groupe sanguin et phénotype, RAI, test de Coombs, *etc.*).

### III ♦ Choc septique

#### ♦ Signes cliniques

Tachycardie, hypotension artérielle, marbrures cutanées, cyanose, diarrhées, douleurs abdominales, vomissements, hyperthermie ou hypothermie, frissons.

#### ♦ Étiologie

- Mauvaise asepsie lors du don.
- Bactériémie chez le donneur lors du don.
- Défaut de conservation.
- Date de péremption dépassée.
- Défaut d'étanchéité de la poche du PSL.

#### ♦ Actions préventives infirmière

- **Surveillance des paramètres vitaux**, particulièrement de la température avant, pendant et après la transfusion.
- Respect des **conditions de conservation** des PSL.
- Vérification de l'**aspect, date de péremption, intégrité** des poches.

### IV ♦ Accidents de surcharge

#### ♦ L'œdème aigu pulmonaire

- Peut survenir chez des sujets prédisposés et/ou en cas de transfusion massive et rapide.
- Prévention par passage lent des PSL, administration sur prescription médicale de diurétiques.

**Remarque.** Pour le calcul du débit en gouttes/minute, 1 mL de PSL correspond à 15 gouttes.

#### ♦ Hémochromatose

À long terme, chez les polytransfusés chroniques.

### V ♦ Réactions allergiques

#### ♦ Signes cliniques

- Le plus souvent frissons et/ou hyperthermie, urticaire, prurit, crise asthmatiforme.

- Plus rarement : choc anaphylactique, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales.
- Prévention par administration d'antihistaminiques ou corticoïdes sur prescription.

## **VI ♦ Infections virales et/ou parasitaires**

À long terme.

### **♦ Suivi sérologique post-transfusionnel conseillé**

Délivrance au patient à sa sortie d'un document récapitulatif de la nature et quantité des PSL transfusés.

## **VII ♦ Conclusion**

Lors de la pose de la transfusion, **il est primordial** de :

- **sensibiliser** le patient aux « signes d'alerte » ;
- lui demander de **prévenir** de tout changement dans son état même le plus insignifiant ;
- ne **jamais** sous-estimer les **plaintes** du patient.

# Mémo 52

## Bonnes pratiques transfusionnelles

*Elles sont regroupées dans la circulaire n° 03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel. L'acte transfusionnel se décompose en 5 étapes chronologiques.*

### **I ♦ Examens immuno-hématologiques préalables à la transfusion**

- Ces examens sont *a minima* :
  - la détermination des groupes sanguins dans les systèmes ABO, Rhésus et Kell ;
  - la recherche d'anticorps érythrocytaires (RAI) ;
  - selon le terrain d'allo-immunisation de la personne : un phénotype étendu.
- Le **bilan sérologique pré-transfusionnel** n'est plus obligatoire depuis 2006 mais reste fortement conseillé.

#### **♦ Demande d'examen**

- La fiche de prélèvement doit mentionner l'**identité exacte du patient** à savoir :
  - nom patronymique ;
  - nom usuel ou marital ;
  - prénom ;
  - date de naissance ;
  - sexe.
- Elle doit également contenir le nom, prénom, qualité et signature du **prescripteur** ainsi que la personne **ayant effectué le prélèvement**.
- Les dates de prescription et de prélèvement doivent apparaître ainsi que, pour ce dernier, l'heure de réalisation.
- Les antécédents de transfusion et de grossesse qui pourraient être source d'allo-immunisation doivent être renseignés.

#### **♦ Prélèvement**

- Juste avant la réalisation du prélèvement, le patient doit **décliner lui-même** son identité en spécifiant tous les éléments cités au paragraphe « demande d'examen » et qui seront croisés avec les étiquettes d'identification utilisées.
- Si le patient est dans l'incapacité de le faire, se référer aux documents administratifs rédigés dans le cadre de son hospitalisation. Cette procédure s'applique également en cas d'anonymat souhaité.

- L'étiquette d'identification doit être collée **immédiatement après le prélèvement** et toujours en la présence du patient.

### Attention !

Au préalable de la transfusion, une information du patient éclairée doit être réalisée **par le médecin** qui doit également recueillir son accord. Cette information doit être tracée dans le dossier mais la signature du patient n'est pas obligatoire.

De même, en cas de refus de la transfusion et/ou d'examens sérologiques, celui-ci doit être mentionné dans le dossier du patient.

## II ♦ Demande de produits sanguins

Elle est établie **par un médecin** et doit comporter les éléments suivants :

### ♦ Identité

- Du prescripteur : elle doit être accompagnée de sa signature.
- De l'établissement et du service de soins avec les coordonnées téléphoniques.
- Du patient : complète et exacte (voir « *Demande d'examen* »).

### ♦ Dates

- De la prescription.
- De la transfusion ainsi que de l'heure prévue.

### ♦ Produit sanguin demandé

- Type et quantité.
- **Pour les plasmas frais congelés** : préciser l'indication qui motive la prescription.
- **Pour les plaquettes** : préciser le poids du receveur, la date et les résultats de la dernière numération de plaquettes.

### ♦ Degré d'urgence transfusionnelle s'il y a lieu

Trois niveaux sont définis selon l'arrêté du 10 septembre 2003.

- **Urgence vitale immédiate** : l'obtention des produits sanguins doit être faite sans délai. Les CGR peuvent éventuellement être distribués avant la connaissance des résultats des examens immuno-hématologiques.
- **Urgence vitale** : le délai d'obtention des produits sanguins doit être inférieur à 30 minutes. Les CGR sont distribués si possible avec deux déterminations de groupage sanguin, éventuellement sans les résultats des RAI si ceux-ci ne sont pas encore disponibles.
- **Urgence relative** : le délai d'obtention des PSL est le plus souvent de deux à trois heures, délai permettant la réalisation de l'ensemble des examens immuno-hématologiques.

## III ♦ Réception des produits sanguins

Elle doit être **contrôlée immédiatement** à l'arrivée dans le service et toute anomalie signalée au site de distribution avec renvoi du produit. La réalisation de ce contrôle doit être **tracée dans un document prévu à cet effet**.

#### ◆ **Vérification du colis**

- Service destinataire.
- Intégrité et nombre des colis.
- Respect des conditions d'hygiène et de transport (délai, température).

#### ◆ **Conformité des produits livrés**

- Concordance du nombre, de la nature et de la qualification des produits sanguins reçus avec la prescription médicale.
- Aspect, intégrité et dates de péremption des produits.
- Concordance d'**identité du receveur** entre la fiche de distribution nominative (FDN) et la prescription médicale.

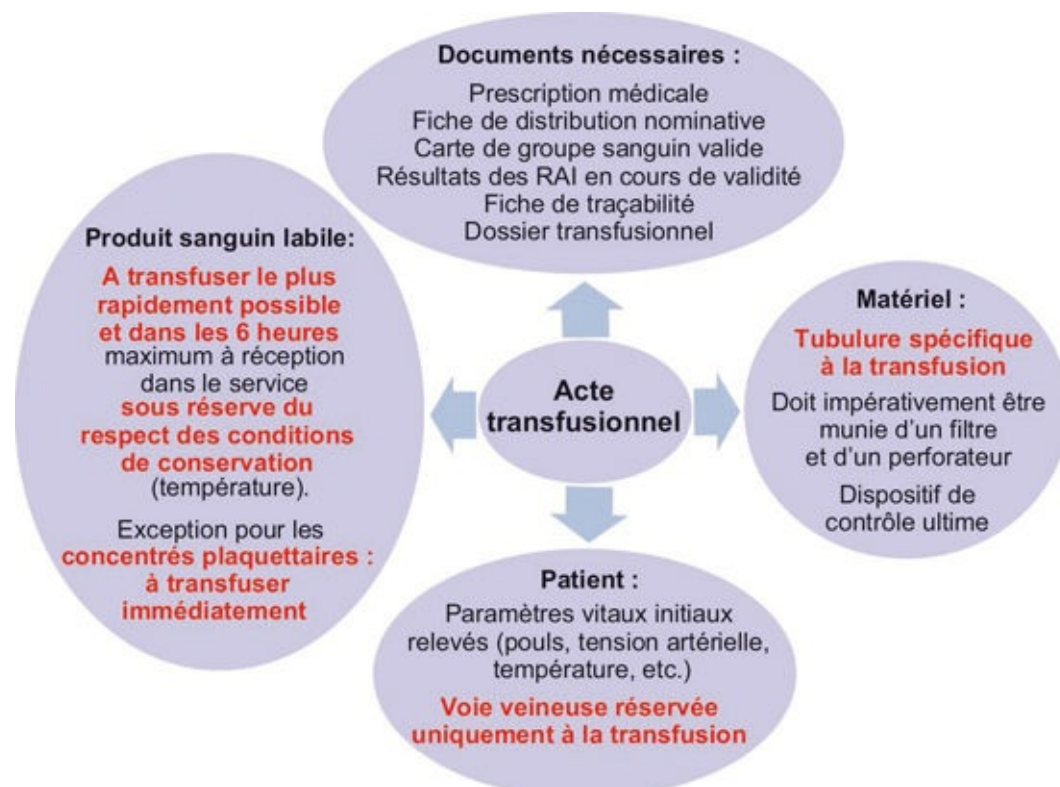
### **IV ◆ Acte transfusionnel**

Le contrôle ultime pré-transfusionnel ultime doit être réalisé :

- en présence du patient : **unité de lieu**. Ce contrôle ne peut en aucun cas être réalisé dans le poste de soins mais au chevet du patient ;
- avec un contrôle simultané de l'identification du receveur et celle du produit sanguin labile (PSL) à transfuser : **unité de temps** ;
- par une seule et même personne : **unité d'action**. De même, ce contrôle ne doit subir aucune interruption dans sa réalisation.

#### **A. La préparation de l'acte transfusionnel**

Il faut s'assurer de la présence des éléments suivants.



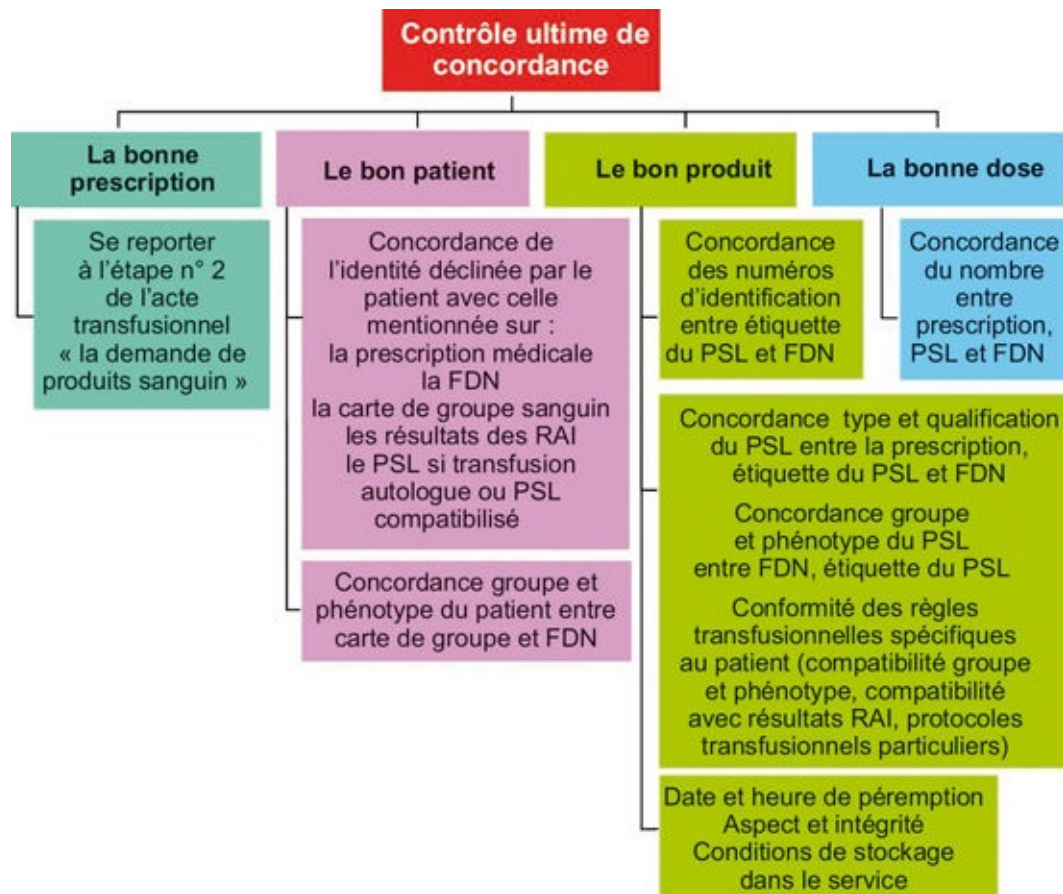
## B. Le contrôle ultime pré-transfusionnel : CUPT

- Il doit être réalisé juste avant la pose du PSL et renouvelé pour chaque PSL transfusé.
- Ce contrôle doit être réalisé même en cas de transfusion autologue.
- Il est composé de 2 étapes qui ne peuvent se substituer l'une à l'autre et qui doivent être réalisées de manière successive selon l'ordre suivant.

### ◆ **Contrôle ultime de concordance**

- Une partie de la règle des 5 B « le bon produit, le bon patient, la bonne prescription, la bonne dose, la bonne voie d'administration » peut être appliquée lors de cette étape.
- L'élément « la bonne voie d'administration » n'est pas ici pris en compte mais le sera ultérieurement.





**Attention !** Toute discordance impose l'arrêt de l'acte transfusionnel et de contacter le service distributeur de l'EFS.

### ◆ Contrôle ultime de compatibilité

Il ne concerne que la **transfusion de concentré globulaire**. Pour les autres PSL, seul le contrôle ultime de concordance doit être réalisé.

- Bien noter l'identité de l'opérateur, du receveur et l'identification du PSL.
- Bien repérer le sens de lecture des réactions patient et CGR (horizontal ou vertical).
- Respecter le mode d'emploi dans la réalisation du test et les dates de péremption.
- Dans le cas d'utilisation d'un kit de contrôle de compatibilité type SAFETY CARD®, humidifier les sérums test sans trop les diluer avant de déposer le sang à tester.
- Changer de spatule entre chaque mélange sang/sérum test.
- Respecter les temps de mélange et de lecture selon le mode d'emploi.
- Noter la présence ou l'absence de réaction.
- Noter les conclusions sur la décision de transfuser ou pas.



**SAFETY CARD AB** **DIAGAST**

Patient (Nom & Prénom) : [REDACTED] Culot Globulaire N° : **A56789012341A**

Nom de jeune fille : [REDACTED]

Date de naissance : **26/02/1939**

**1** Déposer 1 de sang du patient dans et 1 de sang du culot dans .

**2** Déposer 1 d'eau physiologique NaCl 0,9% dans les 4 alvéoles.

**3** Prélever et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.

**4** Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis interpréter.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le culot à transfuser et négative avec le patient **interdit la transfusion.**»

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Conclusion : transfuser **OUI - NON**

LOT / 405000 2014-06 Réalisé au lit du patient par (Nom) [REDACTED]

Date : **26/01/2014** Heure : **14H00** Signature :

## Attention !

Toute discordance ou doute impose l'**arrêt de l'acte transfusionnel** et de prendre contact avec le médecin responsable de la transfusion et/ou service distributeur de l'EFS. La **carte de contrôle de compatibilité** doit être conservée au chevet du patient pendant toute la durée de la transfusion et pour une durée minimale de **2 heures** après la fin de la transfusion.

## V ♦ Pose de la transfusion

**Attention !** Selon l'article R 4311-9 du Code la santé publique, l'infirmier(e) peut poser une transfusion à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment donc **toujours s'assurer de cette présence** avant de débuter la transfusion.

- **Durée de la surveillance** : continue dans les 15 premières minutes suivant la pose du PSL puis régulière par la suite, elle porte sur tous les signes pouvant évoquer un accident transfusionnel.
- **Durée de conservation du matériel utilisé** : une fois la transfusion terminée, la poche de PSL et la tubulure de perfusion clampée doivent être également conservées pour une durée minimale de 2 heures.

## **VI ♦ Dossier transfusionnel**

Il fait partie du dossier médical.

- Carte de groupe sanguin.
- Recherches de RAI.
- Possibles protocoles transfusionnels.
- Documents relatifs aux transfusions antérieures :
  - doubles des fiches de prescription, de distribution nominative, d'incidents éventuels ;
  - traçabilité des contrôles effectués, surveillance de transfusion ;
- Doubles des documents d'information donnés au patient.

## Mémo 53

# Moyen mnémotechnique des « PIEDS »

*Ce moyen est utilisé pour la surveillance globale des systèmes de drainage.*

### **I ♦ P comme perméabilité**

Le but est de s'assurer que l'évacuation du liquide drainé ne soit pas entravée et d'éviter que le drain ne se bouche.

Il faut donc surveiller :

- l'aspect et la quantité du liquide drainé ;
- l'absence de pliure au niveau des tubulures ;
- l'absence de clampages accidentels (clap, compression du drain).

### **II ♦ I comme irréversibilité**

En prévention du risque infectieux, la circulation du liquide doit se faire **en sens unique** : de la zone drainée vers le flacon collecteur.

En cas d'absence de vide, veiller à éviter les remontées accidentelles, notamment lorsque la poche de recueil se retrouve plus haut que le site de drainage.

### **III ♦ E comme étanchéité**

Surveiller que les connexions soient correctement assurées afin d'éviter toute fuite du système.

### **IV ♦ D comme déclivité**

Le but est d'éviter la **remontée de sécrétions** dans la zone drainée en cas d'absence de vide quand le drainage est réalisé par gravité.

C'est aussi de favoriser le bon **écoulement des sécrétions** en évitant les stases.

### **V ♦ S comme stérilité**

Son but est de contribuer à la prévention du risque infectieux.

Celle-ci doit être respectée autant lors des changements de flacon, réfection de pansement.

En termes d'hygiène, le réceptacle de recueil ne doit jamais toucher terre.

# Mémo 54

## Drain de Redon

*C'est un drainage évacuateur transcutané, de type aspiratif, posé par un médecin.*

### **I ♦ Descriptif**

#### **♦ Drain**

L'extrémité « collectrice » est située aux abords de la zone à collecter, tandis que l'autre extrémité sort au niveau cutané. La présence à l'extrémité « collectrice » d'orifices appelés **œillets** facilite l'aspiration. Pour éviter une mobilisation ou un retrait accidentel, le drain est fixé à la peau par un fil ou des sutures adhésives. Le long du drain est présent un fil radio-opaque.

#### **♦ Tubulure de liaison**

Elle permet de raccorder le drain au flacon collecteur. La tubulure est équipée de clamp pour éviter l'introduction d'air ou l'écoulement de liquide.

#### **♦ Flacon collecteur**

Il se présente sous forme de flacon gradué, rigide ou souple, équipé de clamp ainsi que d'une bride de fixation. L'aspiration est réalisée par la présence de **vide** dans le flacon. Cette dernière est indiquée par un **témoin de vide** qui a souvent la forme d'un accordéon (replié, il indique la présence de vide ; déplié, l'absence de vide). La **dépression** n'est pas réglable et diminue au fur à mesure que le flacon se remplit, d'où la nécessité de le changer si le vide n'est plus assuré. Dans certains types de drain, le vide est effectué par simple pression exercée sur le flacon collecteur. Le flacon rétracté sert alors de témoin de vide.

### **II ♦ Surveillance**

- **Au niveau du patient** : point d'émergence : aspect, absence d'écoulement, fixation cutanée du drain, température.
- **Au niveau du flacon** : absence de tension au niveau tubulure, témoin de vide, aspect et quantité du liquide recueilli.
- **Au niveau du dispositif global** : voir *Fiche Mémo 53 Moyen mnémotechnique des « PIEDS »*.

### **III ♦ Remarques**

- Si plusieurs drains coexistent, ils doivent être **différenciés** (par numérotation) pour

suivre leur recueil dans le temps.

- Lorsque le liquide recueilli est trop abondant ou que le recueil dure trop longtemps, il peut être nécessaire d'**enlever le vide** (on dit « *casser le vide* »).

**Attention !** Casser le vide est une prescription médicale.

## **IV ♦ Changement de flacon**

- Clamper la tubulure et le flacon.
- Désadapter la tubulure de l'ancien flacon et la réadapter sur le nouveau flacon stérile à l'aide d'une compresse imbibée d'antiseptique.
- Déclamper **dans l'ordre suivant, le nouveau flacon puis la tubulure** (en cas de mauvaise connexion, l'air ambiant sera aspiré par le vide dans le flacon qui « alertera » l'opérateur par l'indicateur de vide régressant au fur à mesure de l'entrée d'air).
- Vérifier le témoin de vide qui doit être rétracté.
- Suspendre le flacon à l'aide de la bride de fixation.
- Noter la date et l'heure de remplacement du ou des flacon(s) sur les transmissions ainsi que la quantité et l'aspect des sécrétions.

## **V ♦ Ablation d'un drain de Redon**

- Soins sur prescription médicale.
- L'orifice de sortie du drain doit être nettoyé en dernier car considéré comme « zone la moins propre ».
- Couper le fil de fixation.
- Demander au patient de respirer calmement et profondément.
- Tirer doucement et sans à-coups le drain avec ou sans vide selon la prescription.
- Parfois, une mobilisation du drain est réalisée la veille.

**Attention !** Ne jamais tirer sur un drain si l'on sent une résistance. Arrêter le soin et prévenir le médecin.

# Mémo 55

## Sondage vésical

### **I ♦ Indications**

- À titre préventif : protection des lésions cutanées et des sutures chirurgicales.
- À titre curatif : rétention d'urine, lavage vésical, instillations médicamenteuse.
- À titre diagnostique : mesure de la diurèse.

### **II ♦ Contre-indications**

- Infectieuses et/ou inflammatoires : prostatite, orchi-épididymites aiguës.
- Risque de rupture ou sténose de l'urètre.
- Sondage déconseillé chez l'enfant.

### **III ♦ Types de sonde**

- Béquillée en PVC pour un aller-retour.
- Sonde en silicone à privilégier pour un sondage sur une longue durée.

### **IV ♦ Principes généraux**

#### **A. Matériel**

- Choisir le calibre le plus petit possible permettant un bon drainage des urines mais sans risque de lésions urétrales ou du col vésical.
- Proscrire les lubrifiants tels que la vaseline ou paraffine (risque de détérioration des ballonnets).
- Utilisation d'antiseptique adapté aux muqueuses.
- En cas d'échec de pose, changer de sonde.

#### **B. Principe de pose**

**Attention !** Si impossibilité de faire progresser la sonde, ne pas insister et prévenir le médecin.

#### **♦ Système clos stérile**

- Sonde et collecteur sont assemblés avant la pose et retirés ensemble.
- Le système ne doit jamais être déconnecté pendant la durée du sondage.
- Les prélèvements d'urines doivent être réalisés sur le site prévu à cet effet.

- La vidange du collecteur s'effectue uniquement par le robinet de la poche de recueil.

### ◆ Gonflage du ballonnet

- Le ballonnet doit **toujours être gonflé avec de l'eau stérile** jamais avec du sérum physiologique (risque de cristallisation) : le volume à injecter est indiqué sur la sonde.
- L'**apparition d'urines** signe la présence de la sonde dans la vessie mais il est nécessaire de continuer de l'introduire **jusqu'à la garde** pour gonfler le ballonnet en dehors de l'urètre.
- Tirer ensuite doucement la sonde jusqu'à ce qu'elle se bloque sur le col vésical.

### ◆ Chez l'homme

**Attention !** Selon l'article R 4311-10 du Code de la santé publique, « *l'infirmier(e) participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes : premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention* ».

- Décalotter le gland si besoin.
- Un gel anesthésique peut être injecté dans l'urètre.
- Lors de l'introduction, la verge est d'abord en position verticale puis abaissée.
- Recalotter à la fin du soin.

### ◆ Chez la femme

Le gel anesthésique ne peut être injecté mais la sonde peut être lubrifiée avec de l'eau stérile.

### ◆ Risque de collapsus vésical

Lié à une vidange vésicale **trop rapide et importante**. Pour parer ce risque, vidanger la vessie par étapes en clampant la sonde.

## V ◆ Surveillance

### ◆ Moyen mnémotechnique des « PIEDS »

Voir *Mémo 53 Moyen mnémotechnique des « PIEDS »*.

- **P** comme **perméabilité**. En outre, vérifier la quantité d'urines, l'absence de dépôt dans la sonde, de fuites et de signes en faveur d'une rétention d'urines (douleur pelvienne, globe vésical, envie d'uriner).
- **I** comme **irréversibilité**. En cas de prélèvement sur sonde, clamber entre le site de prélèvement et la poche de recueil environ 15 minutes, désinfecter le site et prélever. Ne pas oublier de déclamber à la fin de prélèvement.
- **E** comme **étanchéité**.

**Attention !** Le ballonnet peut devenir poreux avec le temps et le volume d'eau contenu



peut, de ce fait, diminuer : surveiller l'absence de fuite au niveau du méat urinaire.

- D comme **déclivité**.
- S comme **stérilité**.
- Il faut y ajouter : respect du système clos, sac collecteur jamais à même le sol, hydratation de la personne (sauf contre-indication médicale) pour assurer un bon débit urinaire et prévenir la colonisation bactérienne, toilette génitale régulière.
- Prélèvement et vidange réalisés aseptiquement.
- Surveillance de l'aspect et de l'odeur des urines.

#### ◆ **Risque de traction et/ou retrait accidentel**

- Surveillance de la fixation de la sonde, absence de croisement avec d'autres dispositifs.
- Vidange régulière du sac collecteur.
- Surveillance de l'absence de douleur, d'hématurie.

#### ◆ **Risque de déplacement de la sonde**

- Surveiller la longueur extériorisée de la sonde.
- Surveiller la diurèse, l'absence d'hématurie et fuite d'urines.

#### ◆ **Risque de contraction involontaire du détrusor ou « poussées sur sonde »**

- Surveillance des douleurs, envie d'uriner.

## **VI ◆ Retrait de la sonde**

- Dégonfler le ballonnet en aspirant l'eau injectée.
- Retirer ensemble sonde et collecteur.



# Mémo 56

## Surveillance d'un drain pleural

*La pose d'un drain pleural est un acte médical.*

### **I ♦ Indications d'un drain pleural**

Épanchement pleural liquidien ou gazeux.

### **II ♦ Descriptif du dispositif**

Dans la plupart des cas, le système en aspiration. Le dispositif de recueil de type PLEUR-EVAC®, le plus fréquemment employé, est un système stérile à usage unique qui se présente sous la forme d'une « valise ».

Il est composé de :

#### **♦ 3 compartiments distincts**

- 1 **chambre de recueil** : souvent de couleur blanche, elle est reliée au drain.
- 1 **chambre à joint hermétique** : souvent de couleur rouge, il est relié à la source de vide.
- 1 **chambre de contrôle d'aspiration** : souvent de couleur bleue, la force d'aspiration dépend du niveau d'eau introduit dans la chambre.

#### **♦ D'un système de sécurité**

- Des **soupapes de pression** : en cas de traite du drain (qui crée de ce fait une dépression élevée), il faut par la suite appuyer sur la soupape de pression pour restaurer une dépression correcte.
- 1 **site de prélèvement dans la chambre de recueil**.

### **III ♦ Surveillance d'un drain pleural**

#### **♦ Au niveau du patient**

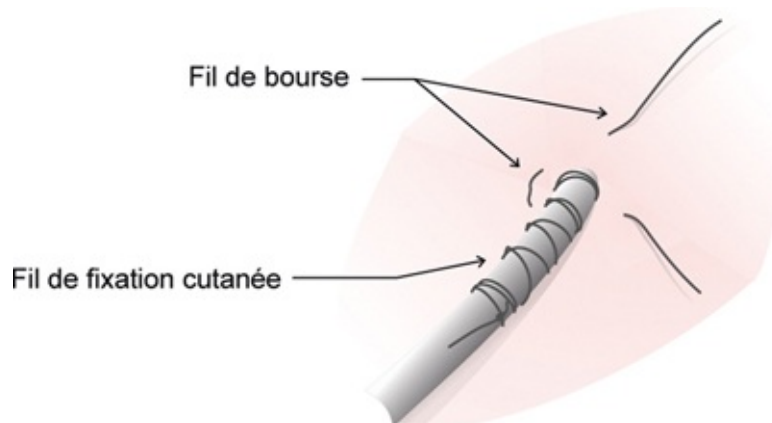
- **Surveillance** : douleur, fréquence respiratoire, SpO2 aspect des téguments, amplitude thoracique, pouls et pression artérielle.
- **Radiographie de thorax quotidienne**.

#### **♦ Au niveau de l'émergence du drain**

- Aspect et occlusion du pansement.
- Absence d'œillets en-dehors de l'orifice cutané.
- Aspect de l'orifice cutané.

- Fixation du drain à la peau.

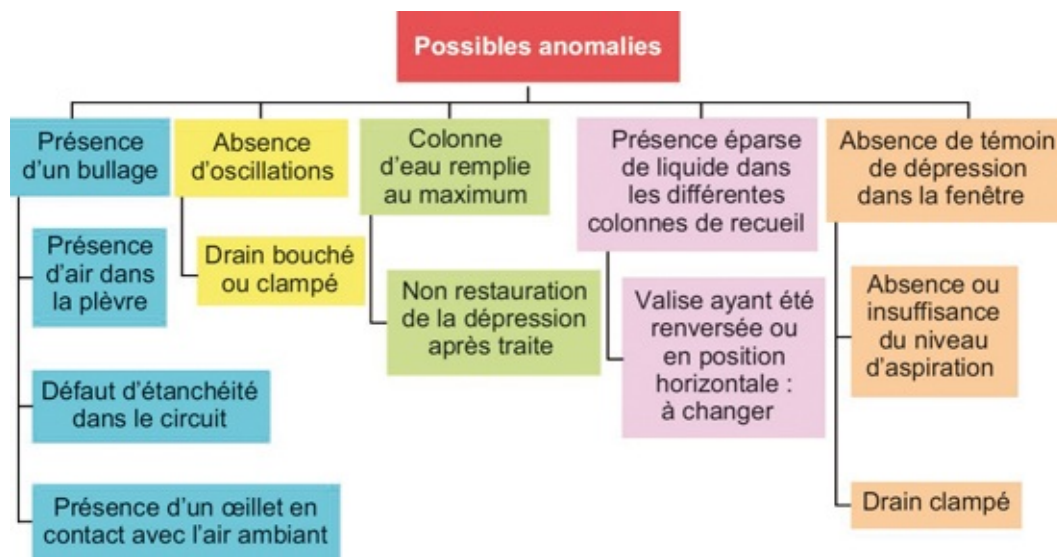
**Attention !** Vérifier la présence de 2 fils (1 fil de fixation à la peau et 1 fil de bourse pour assurer la fermeture cutanée lors du retrait).



### ◆ Surveillance du dispositif de drainage

Voir *Mémo 53 Moyen mnémotechnique des « PIEDS »*.

- **Perméabilité** : traite des drains (pour éviter que des caillots ou autre ne bouchent le drain), présence d'une oscillation au niveau du réceptacle, absence de « boucles » des tuyaux au-dessous de la valise.
- **Étanchéité** : respect du système clos.
- **Position du réceptacle de drainage** : toujours en position verticale. Prendre garde aux manutentions volontaires ou accidentelles susceptibles de renverser la valise.
- **Liquide recueilli** : volume et aspect.
- **Bullage** : absence ou présence dans la chambre d'eau scellée.
- **Niveau d'aspiration** : réglage du niveau d'aspiration (– 10 à – 20 cm d'H<sub>2</sub>O environ), présence du témoin de dépression (couleur orange le plus souvent) au niveau de la fenêtre du PLEUR-EVAC® qui atteste de la dépression dans le circuit.
- **Oscillation** : au niveau de la colonne d'eau.



## IV ♦ Risques

- Lésions organiques et/ou hémorragie.
- **Pneumothorax** : lors de la pose ou en cas de déconnexion du drain au reste du dispositif.
- Infection.
- **Choc hypovolémique, OAP a vacuo** : en cas de quantité de liquide drainé trop importante en peu de temps.
- **Retrait accidentel** du drain.

## V ♦ Recommandations

- Un drain ne doit jamais être **en aspiration en cas de pneumonectomie totale** (risque d'aspiration du médiastin avec plicature des veines cave).
- Ne jamais clamber un drain pleural chez un patient **sous ventilation artificielle en pression positive**.
- Toujours avoir la présence d'au moins **deux pinces à clamber** au lit du patient (élément de sécurité).

## VI ♦ Ablation du drain

**Attention !** Conformément à l'article R 4311-7 du Code de la Santé publique, ce soin ne ressort pas de la compétence infirmière.

- Le retrait du drain se fait en expiration forcée quand le patient est en ventilation spontanée et nécessite la présence de deux personnes.
- Pendant que le médecin enlève le drain, la deuxième personne tire simultanément sur les fils de la bourse située sur autour de l'orifice d'émergence du drain pour réaliser une fermeture cutanée et éviter l'introduction d'air dans la plèvre.

## UE 4.5 - Soins infirmiers et gestion des risques

- >>> [Mémo 57 - Gestion des risques : les concepts](#)
- >>> [Mémo 58 - La gestion des risques : principes de base](#)
- >>> [Mémo 59 - Gestion des risques : contexte](#)
- >>> [Mémo 60 - Gestion des risques : une démarche institutionnelle](#)
- >>> [Mémo 61 - Gestion des risques : outils et méthodes](#)
- >>> [Mémo 62 - Les comportements à risque](#)
- >>> [Mémo 63 - Les facteurs de risques contextuels](#)
- >>> [Mémo 64 - Les vigilances sanitaires en France](#)

# Mémo 57

## Gestion des risques : les concepts

### ◆ Définition générale du risque

**Probabilité de survenue d'un événement dommageable d'origine naturelle ou humaine non intentionnelle** (ministère de la Santé).

C'est à partir de ce concept de risque que les compagnies d'assurance ont bâti tout leur système de prise en charge, d'indemnisation et de cotisation.

**Précision** : Distinguer

- Risque « **réel** » : celui qui existe ou a véritablement été. Risque mesurable statistiquement en terme de probabilité. Ce sont les conséquences de ce risque qui ont été évaluées et ont permis la mise en place de mesures préventives (démarches de GDR *a posteriori*).

- Risque « **potentiel** » : possibilité de survenue de préjudices. Difficilement évaluable en terme de probabilité (démarche GDR *a priori*).

NB : Le risque ne doit pas être considéré comme statique mais plutôt comme le résultat du fonctionnement courant de la collectivité. Par exemple, ALÉA : patient en fin de vie réclamant l'euthanasie/VULNÉRABILITÉ : professionnel qui répond à la demande/RISQUE juridique.

### ◆ Qu'est-ce qu'un risque majeur ?

**Possibilité d'un événement d'origine naturelle ou humaine, dont les effets peuvent menacer la population, occasionner des dommages importants. Le risque majeur est caractérisé par sa faible fréquence et son énorme gravité (Source : [www.risques.gouv.fr](http://www.risques.gouv.fr) ).**

### ◆ Les types de risques

- **Risque naturel** : risque naturel violent ou extrême, d'origine météorologique, géologique ou climatique.

- **Risque sanitaire** : risque immédiat ou à long terme, plus ou moins probable auquel la santé publique est exposée. Peut soumettre la population à des mesures drastiques (quarantaine...).

- Risque sanitaire majeur : épizootie (maladie qui frappe simultanément un grand nombre d'animaux de même espèce ou d'espèces différentes).

- Pandémie (épidémie caractérisée par la diffusion rapide et géographiquement très étendue).

- **Risque technologique** : tout risque d'origine anthropique (lié à l'action humaine) regroupant les risques industriels, nucléaires et biologiques. Risques technologiques majeurs : accident industriel, rupture de barrage...

• Pour prévenir le risque, il faut bien comprendre que le risque résulte de la combinaison entre un **ALÉA** et une **VULNÉRABILITÉ**.

- Exemples d'aléas dans le milieu du travail

Couteau (aléa) = coupure (risque)

Amiante (aléa) = mésothélium pleural (risque)

Sol glissant (aléa) = chute (risque)

### ◆ Quelques définitions

• **Danger** : ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose (*Le Petit Robert de la langue française*, 2006).

• **Aléa** : tour imprévisible et le plus souvent défavorable pris par les événements et lié à une activité ou une action. Au pluriel : risques (*Dictionnaire Larousse*).

• **Vulnérabilité** : représente une condition résultant de facteurs physiques, sociaux, économiques ou environnementaux, qui prédispose les éléments exposés à la manifestation d'un aléa, à subir des dommages ou des préjudices.

### ◆ Le risque résulte de la combinaison de :

• **La probabilité d'occurrence d'un aléa** (degré de vraisemblance que l'aléa survienne, fréquence)

Et

• Des conséquences pouvant en résulter sur les éléments vulnérables d'un milieu donné.

### ◆ Notion de risque acceptable

**Trois dimensions** différentes et complémentaires à prendre en compte pour juger de l'acceptabilité d'un risque :

- **acceptabilité sociétale** : renvoie à la sociologie du risque, par exemple un risque est davantage **acceptable lorsqu'il est choisi et non subi** et lorsqu'on a l'impression de pouvoir agir dessus ;

- **acceptabilité du risque technique** : rapports **bénéfices/risques** pour les personnes concernées ;

- **acceptabilité du risque par les personnes concernées** (par exemple par le patient).

**NB** : En santé, ne pas prendre de risques conduirait à ne pas soigner, avec, paradoxalement, un risque augmenté pour le patient.

### ◆ D'après ANAES/HAS

Toute activité humaine engendre des risques.

Assurer la sécurité la plus optimale au cours des soins.



## ◆ La gestion des risques

Processus de prise de dispositions pour diminuer l'occurrence des risques ou en diminuer la gravité des conséquences.

Il s'agit d'une démarche qui a pour objectif :

- d'identifier les risques ;
- les analyser ;
- les traiter.

## ◆ Les enjeux de la gestion des risques

La sécurité des personnes, la sécurité financière, la préservation de l'image et de la réputation de l'entreprise, la sécurité juridique, l'assurabilité. (Source : ANAES/HAS).

## ◆ Le facteur de risque

La présence chez l'individu de certains facteurs augmente la possibilité de développer une maladie donnée.

• Un **facteur de risque** est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Les facteurs de risque peuvent être divisés en :

- facteurs d'origine génétique (biologique) ;
- facteurs liés à l'environnement (physique, organisation au travail) ;
- facteurs liés aux comportements individuels ou sociaux.

• Les **facteurs de risque majeur**, participent au développement de maladie.

*Exemple* : dans les maladies vasculaires telles que l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral, un facteur de risque majeur double la probabilité de maladies vasculaires, deux facteurs quadruplent et trois la multiplient par neuf.

Ces facteurs de risque majeur sont :

L'hypertension artérielle, le stress, l'excès de cholestérol, de triglycérides, le tabac, le diabète.

## ◆ Quelques définitions

• **Incident** : événement indésirable qui ne cause pas de dommage (ou un dommage de faible gravité) mais dont la survenue révèle un dysfonctionnement dans l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement et qui, en d'autres occasions, aurait pu causer un dommage.

• **Événement indésirable** : toute situation qui « A » ou « AURAIT » pu causer des dommages à la santé des patients, des visiteurs, du personnel, à leurs biens et à ceux de l'établissement.

Il s'agit d'une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou serait potentiellement source de dommages.



Il existe plusieurs types d'événements indésirables.

Il est dit IATOGÈNE, si cet événement concerne un patient et est lié à l'activité médicale :

- dysfonctionnement (non-conformité, anomalie, défaut...) ;
- incident (microcoupure électrique momentanée) ;
- événement sentinelle (occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche une investigation, ex. : fugue, maltraitance, erreur médicamenteuse) ;
- précurseur (événement critique qui peut conduire à l'accident), un voyant qui s'allume pour signaler une anomalie ;
- presque accident (situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter) ;
- accident (événement ou chaîne d'événements non intentionnels et fortuits provoquant des dommages) : chute de patient, AES...

# Mémo 58

## La gestion des risques : principes de base

### **I ♦ Principes de base : deux approches complémentaires**

#### **♦ 1<sup>o</sup> Approche *a priori* du risque :**

- Fiabiliser le système avant la survenue d'évènement.
- Rôle de la réglementation.
- Analyse des modes de défaillances et de leurs effets et de leur criticité (AMDEC).
- Analyse prévisionnelle des risques.

#### **♦ 2<sup>o</sup> Approche *a posteriori* du risque :**

- **Retour d'expérience** : Démarche qui vise à tirer des enseignements des incidents, dysfonctionnements, presque accidents ou crises pour éviter leur répétition (Source aNAES).

Le retour d'expérience reste la partie déterminante de la gestion des risques.

« Dans ses principes et ses méthodes, la gestion des risques s'appuie sur la déclaration et l'analyse des accidents ou incidents pour éviter qu'ils ne se renouvellent ».

### **II ♦ La démarche de la gestion des risques s'appuie sur 3 dimensions**

#### **♦ 1<sup>o</sup> Une dimension culturelle**

Un état d'esprit à créer ou à renforcer face aux risques

Dépasser la culture de la faute ... pour une culture de sécurité

#### **♦ 2<sup>o</sup> Une dimension managériale**

La sécurité sanitaire dans les objectifs stratégiques de l'établissement

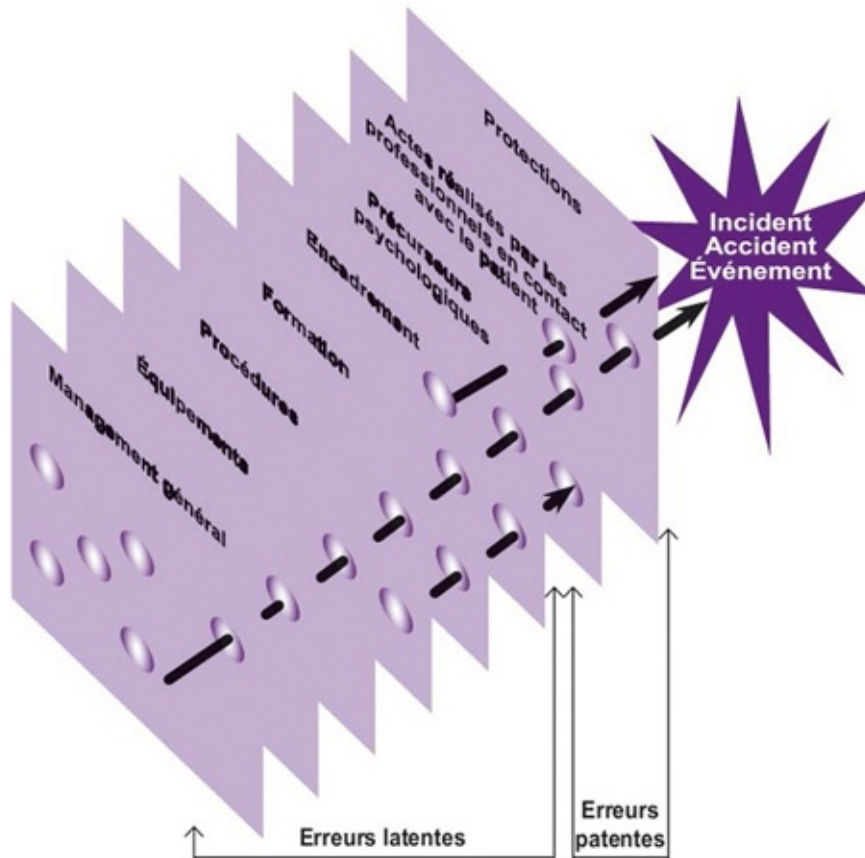
Le management au service de la sécurité

#### **♦ 3<sup>o</sup> Une dimension technique : des méthodes, des outils spécifiques**

Cause immédiate, facile à repérer, souvent une erreur humaine, derrière laquelle se cachent des causes plus profondes.

**L'accident** : résultat d'un ensemble d'événements indésirables qui s'additionnent d'un contexte organisationnel et des facteurs favorisant la survenue de défaillances.

## >>> LE MODÈLE DE REASON, adapté aux services de soins



**La défaillance** : altération ou cessation de l'aptitude d'un système à accomplir sa mission. Distinct du défaut qui se trouve lui, dès l'origine, dans un système.

- Deux types distincts de défaillance :
  - **Les défaillances patentes** ou erreurs actives de l'acteur de première ligne erreur de diagnostic, erreur de dosage, etc.
  - **Les défaillances latentes** : défaut d'organisation du travail, surcharge, fatigue, inadéquation activité à conduire/compétence, etc...

**La compréhension de la survenue d'un accident passe par la prise en compte des différentes sources de défaillance et non seulement de la défaillance patente.**

Les analyses détaillées des accidents récents ont fait apparaître que les erreurs **latentes** représentent la menace la plus importante sur la sécurité d'un système complexe.

L'opérateur de première ligne est moins l'investigateur de l'accident que l'héritier de défauts du système.

# Mémo 59

## Gestion des risques : contexte



### **I ♦ Pression assurancielle**

- Contexte de judiciarisation
  - réduire le risque de mise en cause de la responsabilité médicale,
  - réduire le coût de l'assurance (le coût de l'assurance étant directement lié à la sinistralité de l'établissement de santé).

### **II ♦ Pression des pouvoirs publics et des usagers**

- Début des années 1990 : mise en œuvre des dispositifs de vigilance sanitaire.
- Ordonnance du 24 avril 1996 : mise en place de la procédure de certification des établissements de santé.
- Loi du 4 mars 2002 : droit des usagers du système de santé, sécurité sanitaire et qualité des soins, réparation des risques sanitaires.
- Publication de recommandations de l'ANAES en 2004 et de la HAS en mars 2012 (« Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – Des concepts à la pratique »).
- Décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et aux missions de coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins.
- Obligation pour les établissements de santé de désigner un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.
- Arrêtés de 2011 relatifs au Développement Professionnel Continu (DPC).
- Obligation de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles pour les professionnels de santé.
- Arrêté du 6 avril 2011 dit « RETEX » relatif au système de management de la qualité de

la prise en charge médicamenteuse.

### III ♦ Pression médiatique

#### ♦ Les crises sanitaires à la une de l'actualité

- SIDA, affaire du sang contaminé, hormones de croissance, vache folle... et récemment les affaires des prothèses mammaires PIP et du Médiator.
- **Le principe de précaution en santé** selon lequel « l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, **ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives** et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable » (loi Barnier).

#### Définition de la crise sanitaire

- La crise sanitaire se définit comme une menace (réelle ou potentielle) pour l'état de la santé de la population.
- Elle se caractérise par une situation d'urgence et le caractère inédit du risque.
- Les conséquences des crises sanitaires sont une augmentation de la morbidité et/ou de la mortalité.
- Une crise sanitaire peut entraîner une déstabilisation des pouvoirs publics car l'État est jugé responsable du système sanitaire (la canicule de 2003).

#### ♦ La fréquence des événements indésirables associés aux soins reste élevée

#### Définition d'un événement indésirable associé aux soins – HAS

Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (décret du 12 novembre 2010). Peut aussi concerner un patient venant le temps d'une consultation, d'une investigation ou d'un traitement.

- En France, deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS en 2004 et 2009) ont confirmé la tendance internationale d'une fréquence élevée et stable des événements indésirables graves.

#### Définition d'un Événement Indésirable Grave (EIG) – HAS

Un EIG se définit comme un événement défavorable pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention.

- L'enquête ENEIS 2009 menée auprès de 81 établissements (**8 269 séjours de patients** analysés) a répertorié :

- 374 EIG au total dont 177 évitables (47,3 %) ;
- 214 EIG pendant l'hospitalisation (57 %) et 160 à l'origine de l'hospitalisation.
- Concernant la période d'hospitalisation, l'enquête évoque :
  - la survenue de 275 000 à 395 000 événements indésirables graves (EIG) par an ;
  - soit **6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation** ;
  - (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine) ;
  - environ **un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits** ;
  - **un tiers d'entre eux étant jugé comme évitable.**

### Définition d'un événement évitable – HAS

Jugement de valeur accepté par la collectivité compte tenu des pratiques et savoirs médicaux recommandés dans des circonstances données et à un moment donné par la communauté scientifique.

- Une incidence des infections associées aux soins importante :
  - **5 % des patients présentent une ou plusieurs infections acquises lors de l'hospitalisation**, cette proportion est plus élevée chez les patients les plus fragiles (personnes âgées) ;
  - les infections sont responsables de 2,8 % des décès hospitaliers, soit **4 200 décès par an** ;
  - il est démontré que **20 à 30 % de ces infections** (infections de sites opératoires, bronchopneumopathies, infections urinaires) **seraient évitables** par la mise en œuvre en routine de mesures de prévention connues (hygiène des mains, mesures d'isolement appropriées...) ;
  - le rôle de l'IDE par le respect des bonnes pratiques en hygiène et asepsie est primordial dans la lutte contre les IAS.

### Définition d'une infection associée aux soins (IAS)

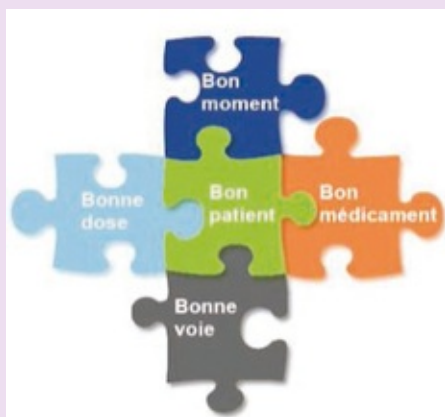
Une infection est considérée comme IAS si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

- Une forte proportion d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse :
  - 56 EIG (sur 214) survenant pendant l'hospitalisation sont liés aux médicaments dont **24 sont jugés évitables** ;
  - 78 EIG (sur 160) à l'origine d'une hospitalisation sont liés aux médicaments dont **39 sont jugés évitables** ;
  - les EIG évitables sont dus à des erreurs médicamenteuses en lien le plus souvent avec les erreurs de prescription et d'administration (les EIG non évitables surviennent lors de l'utilisation dans les conditions normales du médicament).



## À retenir

- La prise en charge médicamenteuse dans un établissement de santé est un **processus transversal** et **complexe** car il comporte de nombreuses étapes et fait intervenir de nombreux acteurs.
- L'erreur médicamenteuse peut concerner **une ou plusieurs étapes du processus** de prise en charge médicamenteuse (prescription, dispensation, stockage, administration), ainsi que ses interfaces (livraison).
- L'IDE intervenant au cours de la dernière étape de la prise en charge médicamenteuse **a un rôle clé par le respect des bonnes pratiques d'administration médicamenteuse (Respect de la règle des 5B définie par la HAS).**



**Administrer le Bon médicament,  
à la Bonne dose, sur la Bonne voie,  
au Bon moment, au Bon patient**

*Outils de sécurisation et d'auto-évaluation  
de l'administration des médicaments  
– HAS – Mai 2013*

- L'IDE déclare tous les événements indésirables liés aux soins, dont ceux en lien avec la prise en charge médicamenteuse dans le système de signalement en vigueur au sein de l'établissement de son exercice.

### ♦ La communication du public *via* :

- les palmarès des établissements de santé par différents magazines (*Le Point*), *Scope santé* (mis en place en novembre 2013).
- *Scope santé* est un site d'information sur la qualité et la sécurité de l'ensemble des hôpitaux et cliniques en France. Il rassemble des informations publiques sur les établissements de santé. Ces éléments sont mis à disposition par le ministère des Affaires sociales et de la santé et la HAS.

# Mémo 60

## Gestion des risques : une démarche institutionnelle

### **I ♦ Principe général**

Un établissement de santé est un système complexe (multiplicité des prises en charge, des actes, des intervenants) et en constante évolution (progrès de la médecine, de la technologie, de la réglementation). Aussi, la maîtrise des risques relève d'une « démarche **globale, collective, organisée et suivie** » (HAS).

### **II ♦ La gestion des risques... une démarche institutionnelle**

La réussite d'une démarche de gestion des risques au sein d'un établissement de santé repose sur **l'existence et la collaboration de trois grandes fonctions** (HAS).

#### **♦ La fonction de gouvernance/pilotage**

Elle est assurée par la direction de l'établissement et la commission médicale (CME), avec la contribution de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et la commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques (CSIRMT).

**Elle définit la politique** qualité-gestion des risques de l'établissement, **les objectifs**, et **le plan d'actions**.

#### **♦ La fonction de coordination**

Elle est assurée par **un professionnel désigné par la direction de l'établissement et le président de la CME** (loi HPST). Ce professionnel est nommé coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Elle est en charge de la mise **en œuvre et l'animation du plan d'actions** défini par la fonction de gouvernance/pilotage.

Au niveau de cette fonction, **la communication est un élément clé** qui répond à deux objectifs :

- communiquer sur les résultats nécessaires à la fonction de gouvernance/pilotage pour adapter le plan d'actions,
- communiquer sur les objectifs poursuivis aux groupes opérationnels en facilitant leur adhésion.

#### **♦ La fonction opérationnelle**



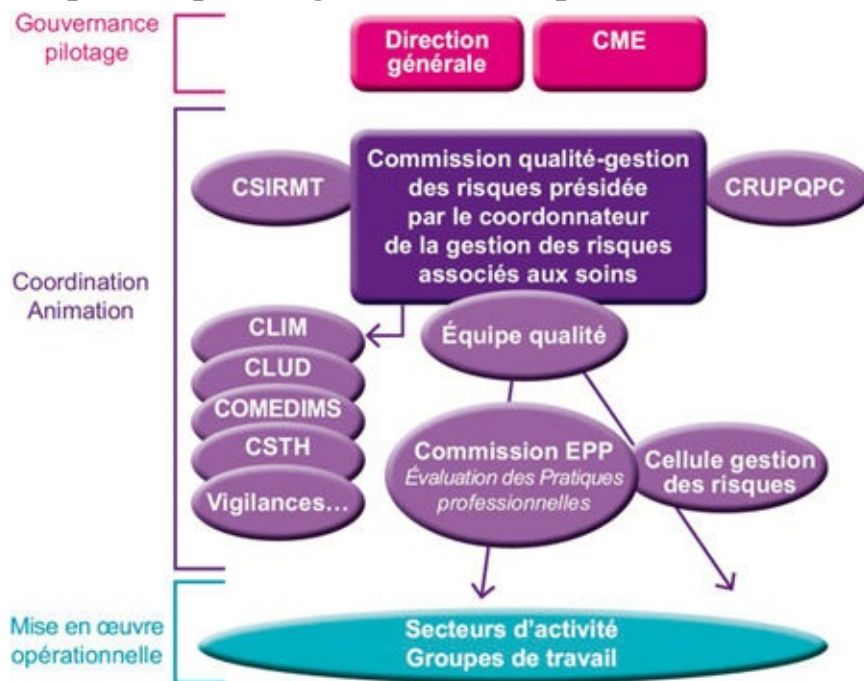
## >>> Les trois fonctions d'une démarche de gestion des risques



Elle s'appuie sur des groupes de travail et des comités. Par exemple, le comité de lutte contre la douleur (CLUD), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)...

Elle mobilise les secteurs d'activités et tous les professionnels concernés pour la mise en œuvre du plan d'actions.

### >>> Exemple de dispositif qualité-gestion des risques dans un établissement de santé



### III ♦ La démarche institutionnelle s'appuie sur le modèle de SHORTELL

Les trois fonctions nécessaires à toute démarche de gestion des risques décrites par la HAS reposent sur **le modèle de SHORTELL**.

- Ce modèle définit **quatre axes** nécessaires à la mise en place de toute démarche qualité-sécurité des soins au sein d'un établissement de santé :

### >>> Modèle de SHORTELL



La réussite de toute démarche qualité-sécurité repose sur **l'intégration de tous ces axes**. L'insuffisance de prise en compte d'un ou plusieurs d'entre eux conduit à des situations fragiles (non maîtrisées).

- Le développement de l'axe culturel constitue un des leviers de la performance des organisations de haute technicité (et donc des établissements de santé).

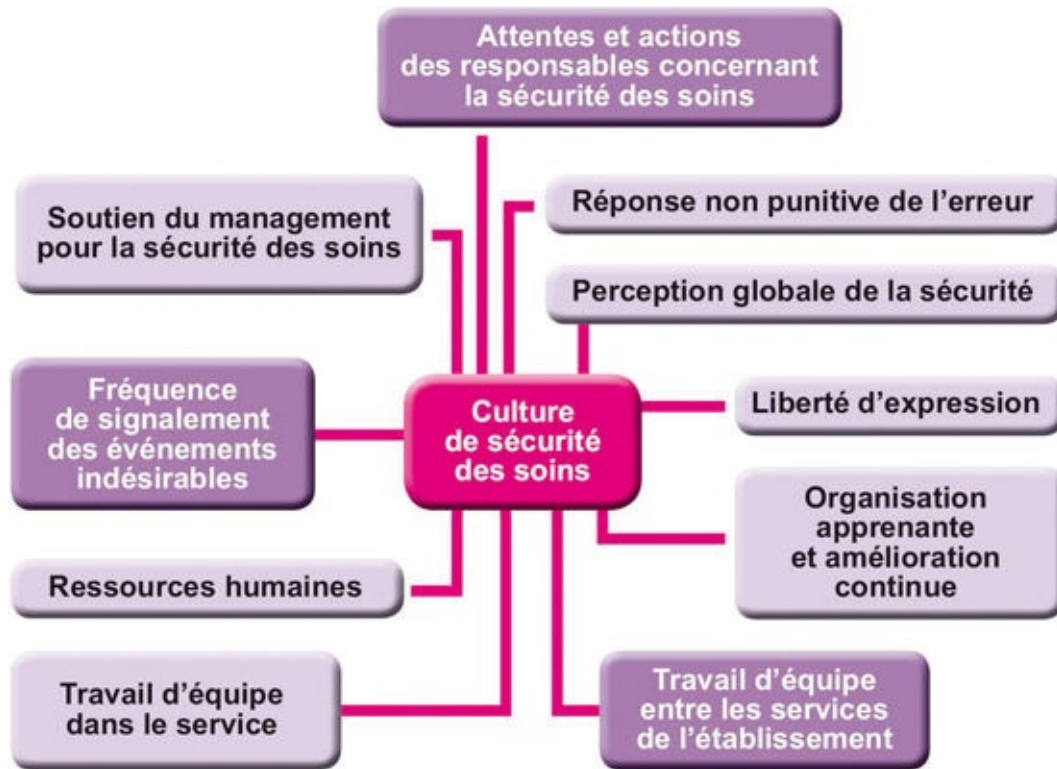
#### Définition de la culture de sécurité des soins – Société européenne pour la qualité des soins

(The European Society for Quality in Health Care, [www.esqh.net](http://www.esqh.net) )

La culture de sécurité des soins « désigne **un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels**, fondé sur des croyances et des valeurs **partagées**, qui cherche **continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être associés aux soins** ».

- ◆ La culture de sécurité des soins se compose de 10 dimensions

## >>> La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique



## IV ♦ Politique et plan d'actions qualité-gestion des risques d'un établissement de santé

### Définition de la politique qualité – Norme ISO 9000

La politique qualité se définit comme les « orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction ».

#### ♦ La politique qualité-gestion des risques

- Elle est décrite et intégrée au projet d'établissement (en cohérence avec les autres projets dont le projet médical et le projet de soins de l'établissement).
- Elle est signée au moins par la direction générale et le président de la CME.
- Elle est diffusée, connue et comprise au sein de l'établissement.
- Elle comprend les objectifs qui sont déclinés dans un plan d'actions.

#### ♦ Le plan d'actions qualité-gestion des risques d'un établissement

- Il est élaboré à partir des :
  - **orientations internes** : politique qualité-gestion des risques du projet d'établissement ;
  - **orientations régionales** : CPOM, contrat de bon usage du médicament ;
  - **orientations nationales** : textes réglementaires (arrêté du 6 avril 2011 relatif au système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse), procédure de certification (critères 1.e et 8.a).

- **données internes** : les résultats des indicateurs (IPAQSS, ICALIN,...), les déclarations des événements indésirables, les risques identifiés...
- **plaintes et réclamations des usagers** ;
- **autres données externes** : rapports d'inspection, suivi des contentieux.
- Le plan d'actions est formalisé par :
  - **des actions priorisées,**
  - **la désignation d'un responsable pour chaque action,**
  - **un calendrier de réalisation,**
  - **des indicateurs de suivi.**

Les secteurs d'activité déterminent leurs propres objectifs opérationnels et plans d'actions en cohérence avec la politique et le plan d'actions de l'établissement (contrats de pôles cliniques et médico-techniques).

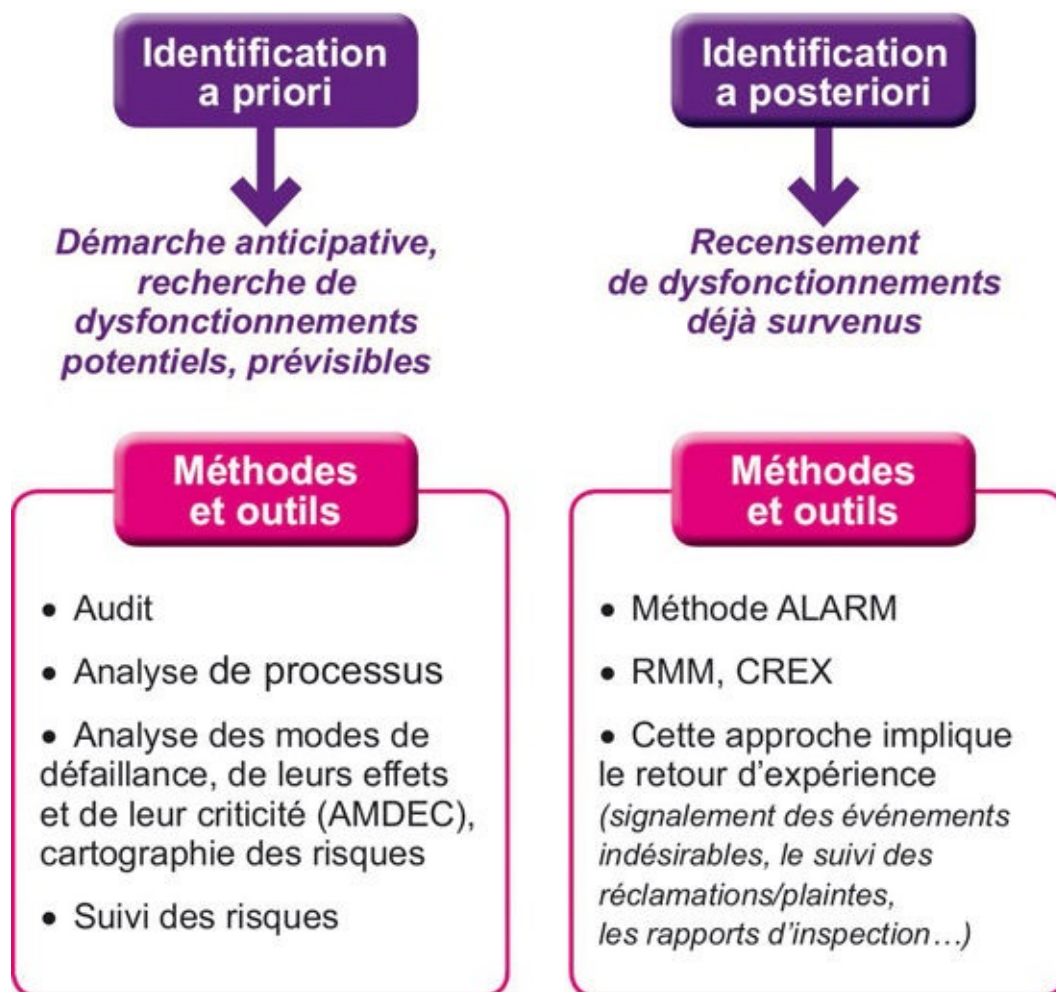
# Mémo 61

## Gestion des risques : outils et méthodes

### I ♦ La gestion des risques... une démarche en 5 étapes

#### ♦ Étape 1 : identification des risques

- Étape essentielle consistant à connaître les risques.
- Deux approches (identification *a priori* et identification *a posteriori*).



#### ♦ Étape 2 : hiérarchisation des risques

- Un risque se caractérise par 3 grandeurs :
  - sa **gravité (G)** : conséquences réelles ou potentielles d'un risque identifié ;
  - sa **fréquence (F)** ou sa **probabilité d'occurrence (O)** ;
  - sa **probabilité de non détection (D)**.
- Les grandeurs sont déterminées à partir **d'échelles** à plusieurs niveaux (en général entre



3 à 6 niveaux).

>>> Exemples d'échelles à 4 niveaux

	G	F	D
1	Gravité mineure	Faible fréquence, événement très rare	Risque facilement détectable, détection visuelle et/ou automatique
2	Gravité moyenne, risque non vital, dysfonctionnement prolongé	Fréquence moyenne, risque peu récurrent	Détection du risque quasi certaine
3	Gravité élevée, fonctionnement très altéré	Événement attendu, récurrence ou probabilité élevée	Risque difficile à détecter, détection incertaine
4	Conséquences matérielles majeures irréversibles, arrêt de fonctionnement, risque vital	Probabilité très élevée événement attendu à très court terme	Risque non détectable

- La hiérarchisation s'établit par **la criticité (C)**.
- La criticité se mesure par **le produit des 3 grandeurs**.

$$C = G \times F \times D$$

Remarque : 2 grandeurs suffisent G et F

- La criticité hiérarchise le risque :
  - acceptable (C1) ;
  - acceptable sous contrôle (C2) ;
  - inacceptable (C3).
- La criticité détermine la priorité des actions à mettre en place.

### >>> Exemple de marelle de criticité à partir d'échelles à 5 niveaux

Criticité		GRAVITÉ				
		G1	G2	G3	G5	G6
FÉQUENCE	F5	5	10	15	20	25
	F4	4	8	12	16	20
	F3	3	6	9	12	15
	F2	2	4	6	8	10
	F1	1	2	3	4	5
C1 = Criticité acceptable (1 à 4)						
C2 = Criticité acceptable sous contrôle (5 à 10)						
C3 = Criticité inacceptable (> à 10)						

#### ◆ Étape 3 : analyse des risques

- L'analyse systématique du risque permet de : retracer la chronologie (si risque *a posteriori*) ; identifier l'ensemble des causes (humaines, matérielles, organisationnelles, contextuelles) ; déterminer les conséquences.

#### ◆ Étape 4 : élaboration et mise en œuvre du plan d'actions

- Les actions tiennent compte de : la hiérarchisation des risques ; la faisabilité de leur mise en œuvre.

**Attention !** Les actions d'amélioration sont mises en œuvre selon les mêmes modalités que dans toute démarche d'amélioration de la qualité.

- **Un responsable de l'action est nommé, des objectifs sont définis, des indicateurs de suivi de l'action sont déterminés.**

- Le plan d'actions **est communiqué** (l'adhésion des professionnels est essentielle).

#### ◆ Étape 5 : suivi et évaluation

- **Suivi du plan d'action** pour vérifier la pertinence et l'efficacité de ce qui a été mis en œuvre.
- Outils d'évaluation
  - surveillance des événements indésirables (suivi en fréquence et en gravité),
  - audits internes,
  - suivi d'indicateurs (mise en place de tableaux de bord),
  - enquêtes auprès des patients ou des professionnels...
- Nouvelle hiérarchisation des risques et réadaptation du plan d'action.



## II ♦ La cartographie des risques est une représentation graphique des risques *a priori*

### ♦ Méthode en 6 étapes

#### 1 Description du processus

- Identifier l'objectif du processus et son périmètre (début et fin).
- Décrire **le processus de travail réel** avec les professionnels impliqués dans le processus **en décrivant ses étapes successives**.
- Analyser chaque étape en utilisant le questionnement (Qui ?, Quand ?, Où ?, Comment ?, Avec quels documents ?).

#### 2 Identification des risques à chaque étape

#### 3 Recherche et identification des causes

#### 4 Identification et évaluation des barrières de sécurité existantes (niveau de maîtrise du risque)

#### 5 Hiérarchisation des risques et analyse de la situation

Trois types de barrières sont définis et doivent être associés dans une organisation sûre :

- **les barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident (ex. : la *check-list* chirurgicale) ;
- **les barrières de récupération** : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences pour le patient ;
- **les barrières d'atténuation des effets** : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées.

Les barrières peuvent être de différentes natures :

- **barrières immatérielles** : réglementation, bonnes pratiques de sécurité, recommandations, procédures et protocoles...
- **barrières matérielles** : détrompeur physique, alarme, verrouillage d'un dispositif...

#### 6 Définition d'un plan d'actions (mise en place de nouvelles étapes et/ou barrières de sécurité)

## III ♦ Le signalement des événements indésirables... la base de la gestion des risques *a posteriori*

## >>> Déclaration des événements indésirables

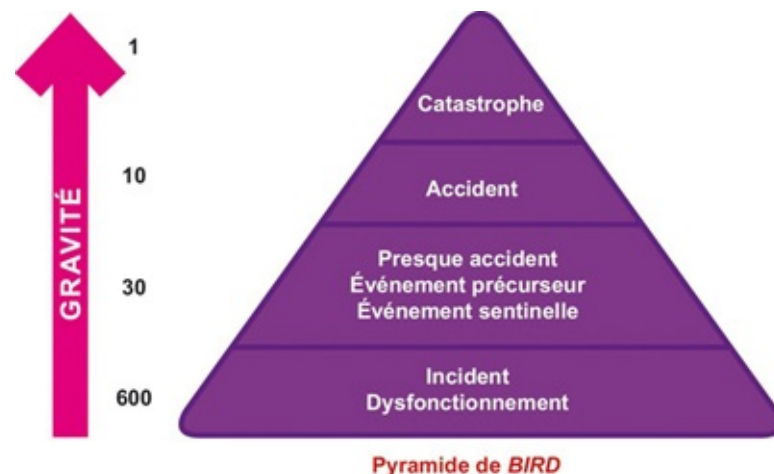


### Définition de l'événement indésirable – HAS

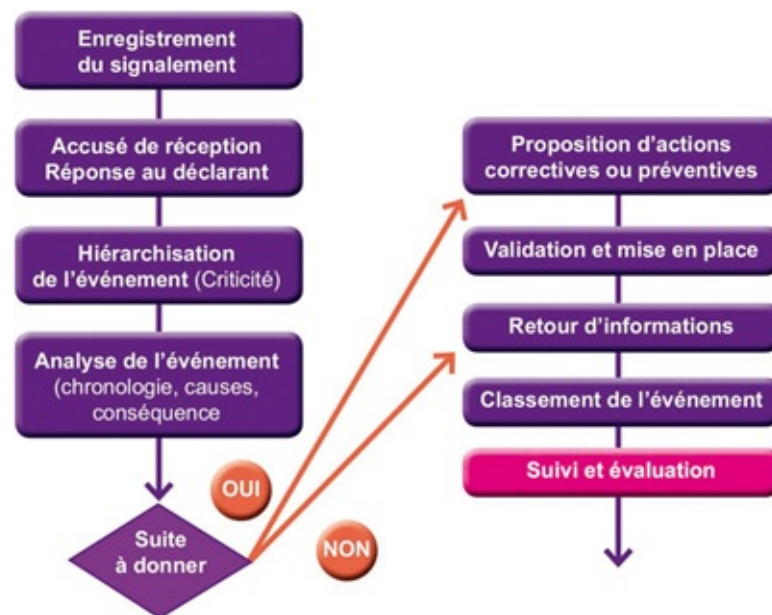
Événement survenant au sein de l'établissement de santé, qui peut avoir des conséquences néfastes sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens.

Il peut s'échelonner d'un simple dysfonctionnement sans incident jusqu'à un incident avéré.

Il a été vérifié qu'il se produit en moyenne 1 événement indésirable grave (catastrophe) pour 600 dysfonctionnements. D'où **l'intérêt de déclarer même s'il n'y a pas de conséquences.**



- Le contenu du signalement
  - nom du déclarant,
  - date et heure de survenue de l'événement,
  - lieu de survenue,
  - personnes impliquées (ou biens concernés),
  - causes,
  - récit de l'événement,
  - actions entreprises,
  - conséquences et impact de l'événement.



- Le signalement des événements indésirables est **une démarche positive** qui doit être favorisée au sein des établissements (**charte de signalement** signée par la direction).

#### IV ♦ La méthode ALARM (outil de gestion des risques *a posteriori*)

##### Définition de la méthode ALARM

« Association of Litigation And Risk Management », P. Chevalier, *JAM (Journal de l'accréditation des médecins)*, 2010, n° 14.

Protocole reconnu et utilisé dans **les systèmes de soins** pour **enquêter et analyser des incidents**. L'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement, de rechercher **les causes racines, facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger**.

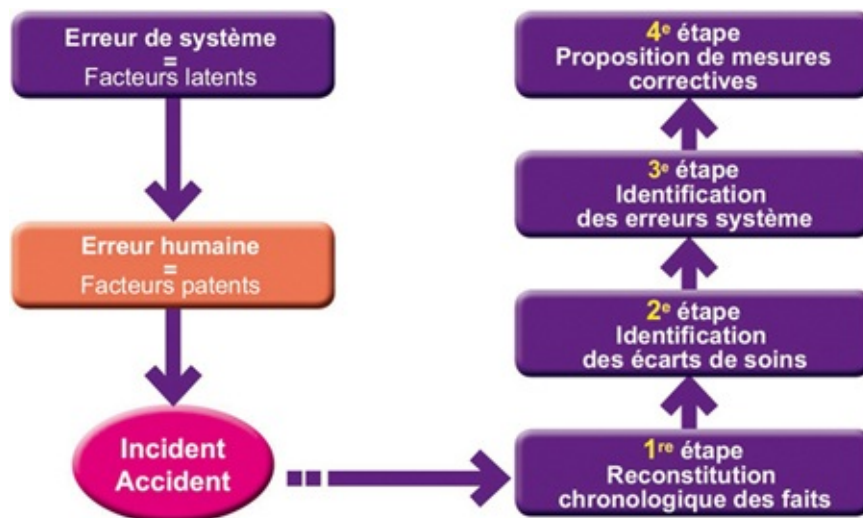
- Élaborée en 1998 par Charles VINCENT (psychologue de formation, professeur de sécurité du patient à l'Imperial College, London) **à partir des travaux de REASON**.
- **Conçue spécifiquement pour le monde de la santé**.
- Méthode **d'analyse systémique** qui vise à dépasser les simples causes immédiates (**facteurs patents**) pour identifier les erreurs système liées à l'organisation et à la gouvernance (**facteurs latents** ou causes profondes de l'événement indésirable).

##### Exemples

- Facteurs patents : erreurs de première ligne en lien direct avec l'événement (absence de surveillance d'une voie veineuse, check list non utilisée...).
- Facteurs latents : caractéristiques du système ayant contribué à la survenue de l'événement (surcharge de travail, absence de protocole, charge de travail mal répartie...).
- Le principe de la méthode repose sur le fait que tout opérateur commet des erreurs (facteurs patents). « **L'erreur est inséparable de l'intelligence humaine** » (L'erreur est humaine, REASON, 1993).

- REASON décrit 3 types d'erreurs :
  - **Erreurs de routine** : les plus fréquentes, engendrées par des automatismes, l'habitude – *skill-based errors* ;
  - **Erreurs d'activation des connaissances** : connaissances acquises mais choix d'une mauvaise solution – *rule-based errors* ;
  - **Erreurs de possession de connaissance** : absence de connaissances nécessaires, solution non connue – *knowledge-based errors*.

**Attention !** L'erreur ne doit pas être systématiquement assimilée à une faute !



### • Méthode en 4 étapes

**1** Mener une enquête (par un professionnel formé à la méthode) chronologique, détaillée, **factuelle** et **collective** (ne doit pas être culpabilisante).

**2 Identifier les écarts** de soins (**facteurs patents** = causes immédiates).

**3 Identifier les erreurs** système (**facteurs latents** = causes profondes).

Au cours de ces deux dernières étapes, l'enquêteur identifie les barrières de sécurité qui ont fait défaut ou qui ont été transgressées.

**4 Proposer des actions correctives**, les mettre en place et les suivre (déterminer les modalités de suivi).

- Méthode inspirée de REASON qui définit 7 niveaux de défaillance.

### >>> Circuit de la fiche d'événement indésirable à la suite de la déclaration



- L'identification des écarts de soins et des erreurs système se base sur 7 facteurs



(correspondant aux niveaux de défaillance décrit par REASON).

>>> **Principe général de la méthode ALARM**

<b>1. au patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédents, états de santé et statut (gravité, complexité, urgence), traitements</li> <li>• facteurs sociaux et familiaux</li> <li>• personnalité, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies)</li> </ul>
<b>2. aux tâches à accomplir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conception, répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer</li> <li>• existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles</li> </ul>
<b>3. au professionnel de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifications, compétence et formation, respect des consignes, capacités relationnelles</li> <li>• facteurs de stress ou de fatigue physique ou psychologique, motivation, adaptation</li> </ul>
<b>4. au fonctionnement de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• communication orale et écrite</li> <li>• composition, dynamique et interactions entre les personnes</li> <li>• supervision, mode de transmission des informations, soutien, <i>leadership</i></li> </ul>
<b>5. à l'environnement du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sites et locaux (adaptation, modification), matériel, équipement et fournitures (disponibilité, adaptation), maintenance</li> <li>• déplacements et transferts</li> <li>• charges de travail, conditions de travail, ergonomie</li> </ul>
<b>6. au management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organisation et gouvernance, niveau de décision, rapports hiérarchiques</li> <li>• contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels), coordination avec d'autres secteurs</li> <li>• gestion des ressources humaines, accessibilité des informations</li> </ul>
<b>7. au contexte institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contexte réglementaire, politique et social</li> <li>• contraintes économiques et financières, restructuration</li> <li>• liens avec d'autres organisations ou établissements</li> </ul>

HAS

- La méthode ne cherche pas une cause unique, ni le lien entre les causes. Le principe sous-jacent est celui de **causes multiples chacune indépendante de l'autre, mais dont la sommation finit par créer l'événement indésirable**.
- **L'analyse est communiquée auprès des professionnels** afin de faciliter leur adhésion aux actions correctrices.

**V ♦ La RMM (outil de gestion des risques a posteriori)**

**Définition de la RMM – HAS**

La RMM est **une analyse collective, rétrospective et systémique** de cas marqués par **la survenue d'un décès, d'une complication** ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif **la mise en œuvre et le suivi d'actions** pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

*Revue de Mortalité Morbidité*

- Démarche qui permet de tirer profit de l'analyse des situations produites pour apprendre

et comprendre.

- N'a pas pour objectif de rechercher un responsable ou un coupable.
- Toute personne assistant à une RMM est tenue au secret professionnel (lors de la mise en place d'une RMM, une charte, reposant ses principes, est élaborée ; cette charte est lue à chaque RMM organisée par son responsable à l'ensemble des professionnels présents).
- L'organisation de la RMM est formalisée dans un document écrit (fiche d'organisation de la RMM) qui, précise au minimum les points suivants :
  - la périodicité des réunions et leur durée,
  - le nom du responsable de la RMM,
  - le « bénéfice » pour les participants (Valeur EPP),
  - le mode et les critères de sélection des cas,
  - les participants aux réunions,
  - les règles de traçabilité et d'archivage des débats et des conclusions,
  - le suivi des actions.
- Les principes de la RMM sont de :
  - **porter un regard critique** sur la façon dont le patient a été pris en charge,
  - s'interroger sur le caractère évitable de l'événement (morbide ou létal),
  - **rechercher collectivement** les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge,
  - **déterminer les actions** à mettre en œuvre afin d'éviter que l'événement indésirable ne se reproduise et les communiquer.
- La certification des établissements de santé (V2010 et V2014) rend obligatoire le RMM dans les services de chirurgie, anesthésie-réanimation et cancérologie. Il est demandé la tenue d'au moins 4 RMM par an au sein de ces secteurs.

## VI ♦ Le CREX (outil de gestion des risques *a posteriori*)

### Définition du CREX – HAS

Le Comité de Retour d'Expérience (CREX) est « une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents) pour mieux maîtriser l'avenir.

Le CREX permet de tirer les meilleures leçons de l'expérience pour renforcer la robustesse et la sécurité du système considéré ».

*Comité de Retour d'EXpérience*

- Le CREX repose sur le principe que tout accident redouté est précédé **d'événements précurseurs**. Leur nombre et leur fréquence sont plus importants que le nombre d'incidents ou d'accidents réels. **La mise en œuvre d'actions préventives et/ou correctives suite à l'analyse de ces événements précurseurs permet de prévenir les**

accidents.

## Définition de l'événement précurseur (ou Presque accident)

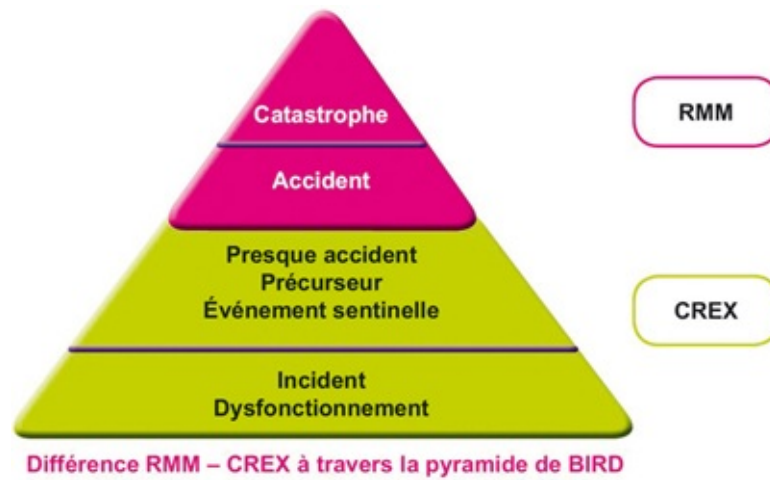
Un presque accident est un événement « *inattendu et soudain* » mais qui n'entraîne **aucun dommage ni humain, ni pour l'environnement ou pour le fonctionnement d'une organisation**.

Le presque accident correspond à une situation qui aurait conduit à l'accident, si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter.

Dans le langage courant, ce sont des événements dont on dit : « On l'a échappé belle !, Il s'en est fallu de peu !, On a eu chaud !... »

- Démarche **collective, systémique** (utilisation de la méthode ALARM).
- **Ne vise pas la recherche de coupable** (charte).
- Répond à **une organisation formalisée** (fiche d'organisation).
- La fiche d'organisation comprend, au moins :
  - le nom du responsable du CREX,
  - la fréquence (au moins 8 par an pour une valorisation EPP),
  - les participants,
  - l'organisation des réunions,
  - les indicateurs de suivi (nombre d'événements recensés et analysés par mois, nombre d'actions proposées, taux de CREX annulé...).
- Le déroulement du CREX en 5 étapes :
  - 1 Présenter les événements du mois et choisir en séance l'événement à analyser lors du prochain CREX.**
  - 2 Choisir en séance le pilote** (*qui n'est pas, SI POSSIBLE, le responsable du CREX*) de l'analyse de l'événement.
  - 3 Présenter l'analyse** (selon la méthode ALARM par exemple) de l'événement choisi lors du précédent CREX (*le pilote*).
  - 4 Proposer en séance des actions correctives pour cet événement.**
  - 5 Suivre en séance les actions correctives pour la totalité des événements.**
- Les événements analysés en CREX sont tous les événements précurseurs et les dysfonctionnements contrairement à la RMM (voir schéma ci-après).





## Le rôle de l'IDE dans la gestion des risques

- Déclarer les événements indésirables y compris les événements précurseurs et les événements sans conséquences.
- Appliquer les règles de travail formalisées (procédures, protocoles...).
- Signaler les informations concernant :
  - l'éventuel caractère inadapté ou endommagé d'un matériel ou l'éventuelle insuffisance de produits ou de consommables,
  - les difficultés éventuelles à appliquer les protocoles.
- Participer aux analyses d'événements indésirables.

# Mémo 62

## Les comportements à risque

### I ♦ Perception du risque

- La prise de risque est une mise en danger (de soi et/ou d'autrui) par le choix d'un acte visant une satisfaction mais dont les conséquences sont également connues pour être potentiellement nocives.
- La société valorise la capacité des individus à se dépasser, à « repousser » leurs limites, à ressentir l'extraordinaire... pouvant ainsi conduire à des comportements à risque.
- **Les conduites à risque peuvent se systématiser à l'adolescence** (G. MICHEL, docteur en psychologie) :
  - l'adolescence est une période de transition, d'expérimentation au cours de laquelle les jeunes sont plus audacieux et attirés par l'extra-conventionnel ;
  - adoption de nouveaux comportements, défis, exagérations, hors norme ;
  - recherche d'autonomie et d'indépendance, d'originalité ;
  - Opposition sociale, revendication de pouvoir propre, provocation.

### II ♦ Définitions du comportement à risque

- OMS (1999) : « comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard [...] de certains problèmes de santé ».
- David Le Breton (2003) : les conduites à risque « consistent en l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril [...] » et « altèrent en profondeur ses possibilités d'intégration sociale ».
- Pierre-G. Coslin (2003) : ces comportements sont « susceptibles d'entraîner des effets dangereux, tant pour lui-même (le jeune) que pour les autres [...] », peuvent être « empreints de déviance sociale » mais aussi peuvent constituer « une infraction à la loi ou des inadaptations à la vie scolaire [...] ».

### III ♦ Les substances psychoactives

- 3 comportements distincts, selon l'OMS : l'usage, l'usage nocif et la dépendance

#### **La dépendance**

- S'installe quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de **souffrances physiques et/ou psychiques**.
- Deux formes de dépendance (**physiques ou psychiques**), **associées ou non**, qui se

caractérisent par :

- l'impossibilité de résister au besoin de consommer ;
- l'accroissement d'une tension interne, d'une anxiété avant la consommation habituelle ;
- le soulagement ressenti lors de la consommation ;
- le sentiment de perte de contrôle de soi pendant la consommation.
- Il existe des dépendances ne faisant pas appel à des substances psychoactives, elles sont alors qualifiées **d'addictions** (comportements sexuels à risque, troubles alimentaires).

### ◆ Les substances

**Licites** : tabac, alcool, médicaments.

**Illicites** : cannabis, crack, amphétamine, ecstasy, héroïne.

### ◆ Le cannabis

- Quelques chiffres
  - Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France, surtout par les jeunes.
  - 41,5 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis (chiffre 2011 du ministère de la Santé).
- Effets du cannabis
  - Stimulation psychique.
  - Relaxation somatique, amoindrissement des réflexes.
  - Sentiment d'appartenance à un groupe et d'être protégé.
  - Modification de la perception des situations, perte des échelles spatio-temporelles.

### ◆ Le tabac

- Données chiffrées (issues de Tabac-Info-Service)
  - Près de 16 millions de fumeurs en France.
  - Entre 18 et 34 ans, près d'une personne sur deux fume.
  - Entre 15 à 19 ans un jeune sur trois (32 %) fume : mode d'intégration dans l'âge adulte.
  - C'est à l'adolescence que débute l'habitude tabagique (plus on fume jeune, plus on risque de devenir dépendant).
- Principales conséquences du tabagisme
  - Troubles cardio-vasculaires.
  - Cancers.
  - Troubles respiratoires.
  - Troubles digestifs.
  - Altération de l'état dentaire.
  - Impacts sur la grossesse.
  - Nervosité, altération de la vie émotionnelle, rigidité mentale.

## ◆ L'alcool

- Données chiffrées (INPES)
  - Fréquence de consommation : à 15 ans, 58 % de jeunes ont consommé de l'alcool.
  - Ivresse : la proportion de jeunes ayant été ivres au cours de leur vie est de 6 % à 11 ans, 16 % à 13 ans et 41 % à 15 ans.

### Les « bitures express » – *binge drinking*

- Consommation expresse d'alcool.
- Au moins 5 verres.
- À jeun, augmentation des effets.
- Les risques de l'alcool chez les adolescents
  - Les blessures/agressions.
  - La perte de contrôle en conduite automobile.
  - La soumission à l'excitation en groupe (viols collectifs, xénophobie, délinquance).
  - L'absentéisme scolaire.
  - Les tentatives de suicide (augmentées lors de la consommation d'alcool).
  - Les conduites sexuelles non contrôlées ni protégées, à risque pour autrui ou pour soi-même.
  - À long terme : troubles cardiovasculaires, troubles digestifs, pulmonaires, cancers...

### Rôle IDE

- Faire de la prévention.
- Ne pas dramatiser sans pour autant banaliser.
- Nouer un dialogue, écouter.
- **Orienter** vers un médecin, une structure spécialisée si nécessaire.

## IV ◆ Les jeux dangereux

### ◆ Jeux de non-oxygénation

- Plusieurs noms possibles
  - Jeu du foulard.
  - 30 secondes de bonheur, rêve bleu, rêve indien, jeu du cosmos.
- 3 profils
  - Les occasionnels par curiosité, en groupe.
  - Les réguliers, risque de dépendance.
  - Les suicidaires ou conduites suicidaires, rares.
- **Principe** : freiner l'irrigation sanguine du cerveau par compression des carotides, du sternum ou de la cage thoracique.
- Signes d'alerte

- Traces rouges autour du cou.
- Céphalées.
- Troubles visuels.
- Acouphènes.
- Bruit sourd dans la chambre.
- Oubli.
- Petites absences.
- Agressivité soudaine.
- Repli sur soi.
- Conséquences nombreuses et variées selon l'anoxie
- Pourquoi ces jeux ?
- Être accepté dans un groupe.
- Reconnaissance par ses pairs.
- Signe d'un mal être.
- Expérience d'un au-delà des interdits, des seuils, des conventions.

### ◆ Jeux d'agression

- Les jeux intentionnels
- **Exemples de jeux** : canette, mikado, bouc émissaire, petit pont massacreur, mêlée, jugement, tatane...
- **Principe** : lancer un objet, si on ne le rattrape pas, on devient la victime et on est roué de coups.
- les jeux contraints
- **Exemples de jeux** : carton rouge, ronde, mort subite, couleur, taureau, le *happy slapping* (joyeuses claques).
- **Signes d'alerte** : blessures, traces de coups, vêtements déchirés, nausées, refus d'aller en classe, violence verbale ou physique soudaine.

Le **happy slapping** (joyeuses claques) : pratique consistant à filmer (téléphone portable) une agression perpétrée par surprise, puis de procéder à la diffusion de ces images. Outre les violences physiques, cette pratique vise également à humilier, à porter atteinte à la dignité et à l'image de la victime.

## V ◆ Les comportements dangereux sur la route

**Quelques chiffres** (MAIF, novembre 2012) :

- entre 14 et 18 ans, un décès sur trois est dû à un accident de la route ;
- les adolescents représentent le tiers des usagers tués à cyclomoteur ;
- l'alcool est présent dans 30 % des cas, le cannabis dans 10 % des accidents mortels : leur association multiplie le risque ;

- l'adolescent passager d'un véhicule est fréquemment victime d'accident (sorties festives, véhicules sur-occupés, fatigue...).

## **VI ♦ Les pratiques sportives à risque**

La pratique du sport est généralement bénéfique. Mais la recherche systématique de performances de plus en plus poussées ou celle de « situations extrêmes » où l'enjeu est de se mesurer à des conditions très dangereuses corporelles et psychologiques graves. Le dopage sportif est une tricherie sociale, qui provoque en outre la dépendance à des substances illégales.

## **VII ♦ Les comportements sexuels à risque**

- Les rapports forcés.
- La multiplication des partenaires.
- L'absence d'utilisation du préservatif féminin ou masculin = grossesse/IST/SIDA.
- La grossesse non désirée.

## **VIII ♦ Les troubles alimentaires**

### **♦ Anorexie**

Sélection des aliments, refus de manger, isolement, perte de poids, hyperactivité, perte de libido.

### **♦ Boulimie**

Angoisse, alternance restriction/surconsommation alimentaire, pas d'augmentation du poids. Boulimie : on mange tous les aliments disponibles. Fringale : on sélectionne les aliments mais l'ingestion est vorace.

# Mémo 63

## Les facteurs de risques contextuels

## I ♦ Le risque infectieux

## ◆ Caractéristiques

- Le risque infectieux se définit par les « **causes potentielles liées à une contamination microbiologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses** ».
- La chaîne épidémiologique est constituée d'un trinôme : le réservoir, l'agent et la porte d'entrée.
- **Le risque infectieux est omniprésent.**

# Enquête nationale de prévalence 2012 sur les infections nosocomiales (InVS)

- 1 patient hospitalisé sur 20 présente une ou plusieurs infections nosocomiales.
  - 3 infections sur 4 sont acquises au sein de l'établissement, une infection sur quatre était importée d'un autre établissement.
- Risque variable car plusieurs paramètres doivent être réunis : **l'agent infectieux, l'hôte** et éventuellement **l'environnement**.
- Trois temps marquent la survenue d'une infection :
- **la contamination ;**
  - **la colonisation ;**
  - **l'infection.**
- Depuis 2007 la notion d'infection est élargie aux **infections associées aux soins (IAS)** et *s'intéresse désormais aux épisodes infectieux **indépendamment du lieu de soins**.*
- Le terme d'**infection nosocomiale** est réservé aux IAS contractées dans un établissement de santé.

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

(*TINILS* mai 2007)

- L'infection peut-être d'origine :
  - **Endogène** ;
  - **Exogène.**

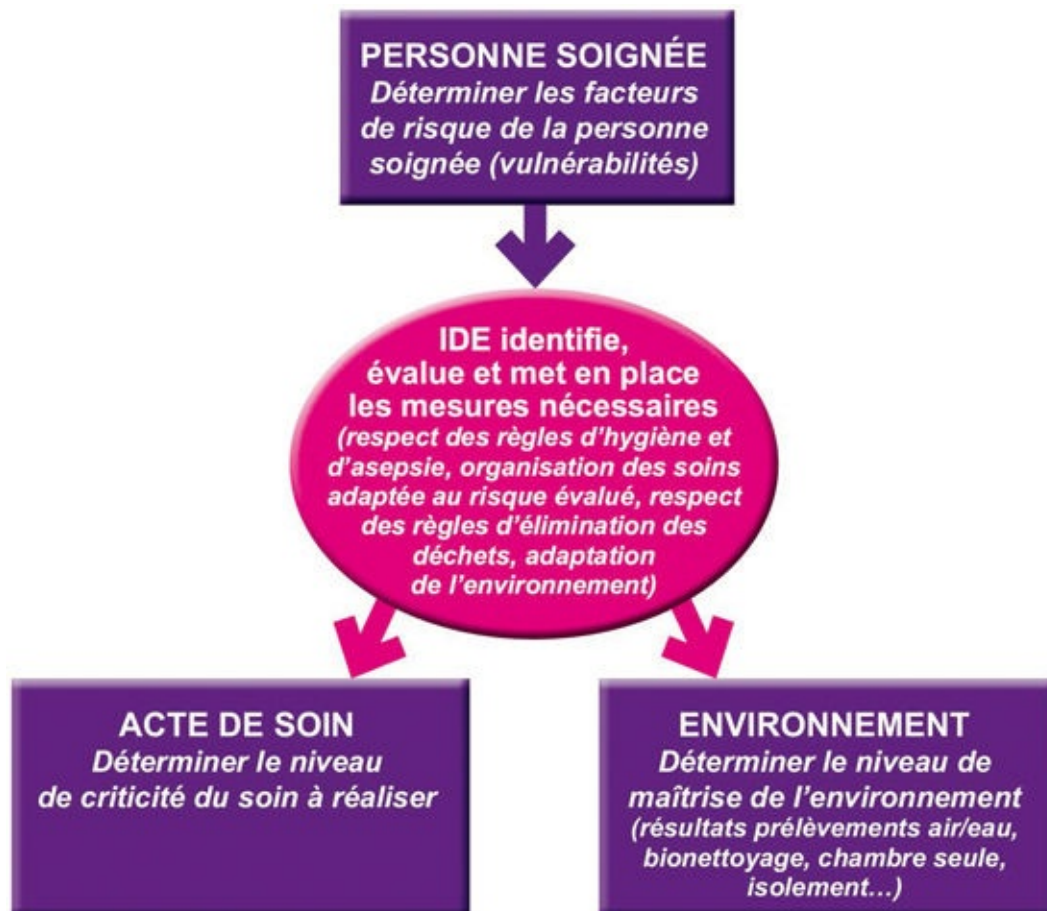


◆ **La démarche de gestion du risque infectieux doit répondre à 2 objectifs :**

- Prévenir la survenue d'une infection chez une personne soignée ;
- Éviter la transmission croisée (directe ou indirecte) d'une infection lorsque celle-ci est présente.

◆ **Facteurs de risques des infections**

- La vulnérabilité de la personne soignée (déficit immunitaire, pathologies chroniques, pathologies aiguës et graves, troubles nutritionnels, enfant < à un an, personne âgée, personne peu ou non autonome, personne infectée, BMR...).
- La nature de l'acte de soin (soins non critiques, semi-critiques, critiques).
- L'environnement.



◆ **La maîtrise du risque infectieux est :**

- une priorité nationale avec la mise en place de 6 indicateurs :
  - ICALIN
  - ICA-BMR
  - ICSHA
  - ICALISO
  - ICATB
  - Score agrégé (élaboré à partir des 4 indicateurs précédents)

- une exigence de la certification (critère 8.g).

## II ♦ Les éléments de l'environnement

### ♦ Air

- La contamination de l'air peut-être liée à une source :
  - humaine → gouttelettes de Pflügge (toux, éternuements, expectorations), squames cutanées contaminées en suspension dans l'air
  - inerte → fibres textiles, poussières, liquides aérosolisés.

### ♦ Eau

- Tout milieu humide et toute solution aqueuse sont des réservoirs potentiels pour les micro-organismes aquicoles (légionnelle, pseudomonas).
- Différents modes de transmission :
  - Contact direct (hydrothérapie) ;
  - Contact indirect (matériel) ;
  - Inhalation (aérosols).

### ♦ Surfaces

- La contamination des surfaces est liée à un dépôt de micro-organismes présents dans l'air, sur une surface ou par contact d'un objet ou de mains souillées.

#### • Exemple

Le risque aspergillaire :

- lié aux poussières ;
- contamination se faisant principalement par l'air ;
- se développe surtout chez les personnes immunodéprimées ;
- mécanisme de survenue très lié aux travaux (contamination des gaines de ventilation).

**Attention !** La surveillance biologique de l'environnement hospitalier consiste essentiellement en des contrôles de surfaces, d'air et d'eau.

## III ♦ Le Linge

### ♦ La gestion du linge est :

- Réglementée.
- Une exigence de la certification (critère 6.d : « le circuit du linge doit être défini »).

### ♦ Deux circuits distincts : propre et sale

- Le linge sale est considéré comme contaminé.

### ♦ Différentes formes de linge à l'hôpital : linge chirurgical, linge pour la literie et

## **l'hôtellerie, tenues professionnelles**

- Les tenues professionnelles sont des vecteurs importants de contamination croisée.
- Les tenues doivent être changées tous les jours et chaque fois qu'elles sont souillées.
- L'entretien des tenues est organisé par l'établissement.

## **IV ♦ Les déchets**

### **♦ La gestion des déchets est :**

- Réglementée.
- Une exigence de la certification (critère 7.e).

### **♦ 3 catégories de déchets :**

- **Déchets ménagers** (OM ou DAOM) issus de la restauration, hôtellerie, hébergement, administration, services généraux.

**Attention !** Des déchets peuvent faire appel à un traitement particulier : verres, cartons.

- Déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI).
  - Déchets présentant un risque infectieux du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines qui peuvent causer des maladies chez l'homme ou chez d'autres organismes ;
  - Matériels piquants, coupants, tranchants, en contact ou non avec un produit biologique (rasoirs à usage unique, aiguilles...) ;
  - Tout article de soins et objet souillé par ou contenant du sang ou autre liquide biologique tubes de prélèvements... ;
  - Tout matériel de soins : pansement, seringue, poche perfusion, tubulure, sonde et collecteur d'urines, canule, gant...

### **♦ Le conditionnement des DASRI doit être adapté aux différents types de déchets.**

### **♦ Le coût de l'élimination des DASRI est 4 à 8 fois plus élevé que les DAOM.**

#### **Le rôle de l'IDE :**

- ne pas recapuchonner les aiguilles avant de les placer dans les conteneurs,
- ne pas dépasser les limites de remplissage des conteneurs (les conteneurs pour objets piquants et tranchants ne doivent pas être remplis à plus de leur capacité),
- ne pas forcer l'introduction des déchets,
- respecter la fermeture des différents conditionnements avant d'évacuer les déchets,
- respecter le protocole de tri.

### **♦ Le stockage et le transport des déchets DASRI sont réglementés.**

◆ **Ces déchets sont incinérés et traités dans des usines d'incinération agréés.**

- Les déchets à risque chimique et toxique
  - Le mercure toxique et polluant.
  - Les piles.
  - Les médicaments anticancéreux.
  - Les fils radiologiques et résidus argentifères.
  - Les déchets à risque radioactif.
  - Les stimulateurs cardiaques (à nettoyer et désinfecter avant d'être envoyés au recyclage).

**Attention !** Les médicaments périmés ou non utilisés ne sont pas éliminés dans les déchets ménagers mais doivent être retournés à la pharmacie de l'établissement.

## **V ◆ L'alimentation**

◆ **Risque de toxi-infections alimentaires**

- Aliments impliqués principalement d'origine animale (viandes, œufs, lait et dérivés, pâtisseries).
- Principales bactéries en cause : salmonelles, staphylocoque doré, listéria.

◆ **Démarche HACCP**

# Mémo 64

## Les vigilances sanitaires en France

*Le dispositif de vigilance est un système de recueil d'information destiné à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou matériels.*

*Il existe plusieurs vigilances : matériovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance, biovigilance, identitovigilance, nutrivigilance, réactovigilance, cosmétovigilance.*

*Objectifs : la surveillance, la gestion, l'analyse et la déclaration des effets indésirables et incidents.*

### **I ♦ Matériovigilance**

- La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation des dispositifs médicaux. Pour cela, des mesures préventives et/ou correctives appropriées sont mises en place.
- Un dispositif médical est tout instrument, appareil, équipement destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.
- Les fabricants, les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant connaissance d'un incident ou risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers doivent le déclarer sans délai à l'autorité administrative. Art. L. 5212-2 : « signalement obligatoire et sans délai » (Code du travail).

Chaque établissement a l'obligation de désigner des correspondants locaux de matériovigilance. Leurs missions sont précisées dans l'article R. 6656- 40 du Code de la santé publique.

### **II ♦ Hémovigilance**

- C'est l'ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte de sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets indésirables ou inattendus de l'utilisation d'un produit sanguin labile et d'en prévenir l'apparition (décret du 1<sup>er</sup> février 2006 relatif à l'Établissement français du sang et à l'hémovigilance).

L'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM) assure la mise en œuvre de l'hémovigilance et est destinataire des déclarations d'incidents graves, des déclarations et des événements indésirables graves donneurs et receveurs, des informations susceptibles de compromettre la qualité et la sécurité des produits, des données issues de la

surveillance épidémiologique des donneurs.

Tout établissement de santé nomme un correspondant d'hémovigilance (cela peut être un médecin ou un pharmacien) et met en place un comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH), dont les modalités de fonctionnement font partie du règlement intérieur de l'établissement et qui se réunit en moyenne trois fois par an. La mission est de contribuer à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle dans l'établissement de santé.

### **III ♦ Pharmacovigilance**

- « La pharmacovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet résultant de l'utilisation des médicaments » (article L. 5121-22 du Code de la santé publique).
- La législation qui encadre la pharmacovigilance est une réglementation européenne, applicable depuis juillet 2012 :
  - règlement (EU) n° 1235/2010,
  - directive n° 2010/84/UE.
- Dans chaque établissement, il existe des pharmacovigilants.

Un ou plusieurs effets indésirables graves doivent être déclarés par le pharmacovigilant aux autorités compétentes immédiatement ou au plus tard dans un délai de 15 jours.

Toutefois, il ne faut pas oublier que la vigilance sanitaire c'est aussi le bon usage du médicament, c'est à dire le bon médicament à la bonne dose et au bon patient.

### **IV ♦ Biovigilance**

La biovigilance est organisée par le décret du 12 décembre 2003.

La biovigilance a pour objet la surveillance et la prévention des risques, des incidents liés à l'utilisation à des fins thérapeutiques d'éléments et produits issus du corps humain et des produits autres que les médicaments qui en dérivent, aux dispositifs médicaux les incorporant et aux produits thérapeutiques annexes (solutions de conservation), ainsi que des effets indésirables résultant de leur utilisation.

### **V ♦ Identitovigilance**

L'identitovigilance est un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients.

Appliquée dans les établissements de santé, l'identitovigilance a pour objectif la sécurité du patient, en vue d'éviter de donner les traitements aux mauvais patients, les erreurs d'administrations, les erreurs d'intervention, les mauvais dossiers, les erreurs de côté au bloc opératoire...

### **VI ♦ Nutrivigilance**

La nutrivigilance est la vigilance alimentaire qui s'applique aux compléments alimentaires, aux aliments enrichis, aux nouveaux aliments. Cette vigilance a été mise en

place car il y a une consommation régulière des compléments alimentaires depuis quelques années liée à l'activité pharmacologique de certains ingrédients contenus dans ces produits.

## **VII ♦ Réactovigilance**

La réactovigilance consiste à surveiller les incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic in vitro (défaillance, altération des caractéristiques ou des performances) et susceptibles d'entraîner des effets néfastes pour la santé des personnes (automates, réactifs, tubes, logiciels).

## **VIII ♦ Cosmétovigilance**

La cosmétovigilance est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour surveiller les effets indésirables liés à l'utilisation des produits cosmétiques. Elle s'exerce sur l'ensemble des produits cosmétiques après leur mise sur le marché.



## UE 4.6 - Soins éducatifs et préventifs

- >>> [Mémo 65 - La santé et la promotion de la santé](#)
- >>> [Mémo 66 - L'éducation en santé](#)
- >>> [Mémo 67 - L'éducation thérapeutique \(ETP\)](#)
- >>> [Mémo 68 - La démarche d'éducation thérapeutique](#)
- >>> [Mémo 69 - Le contrat en éducation thérapeutique](#)
- >>> [Mémo 70 - Les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé](#)
- >>> [Mémo 71 - La formation des aidants naturels](#)

# Mémo 65

## La santé et la promotion de la santé

### I ♦ Généralités

• L'**Organisation mondiale de la santé (OMS)** définit la santé de la façon suivante : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » C'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut :

- réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins ;
- évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci.

• La santé se perçoit donc comme une **ressource de la vie quotidienne** et non comme le but de la vie. Ce concept met en évidence pour les personnes : leurs ressources individuelles, leurs ressources sociales, leurs capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du **secteur sanitaire** (Jacques A. Bury, *L'éducation pour la santé*).

### II ♦ La notion de promotion de la santé

• La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Elle vise à l'**égalité en matière de santé**.

• La promotion de la santé implique un **travail concerté et coordonné** de plusieurs acteurs, notamment : le gouvernement, les structures sanitaires et sociales, les organisations bénévoles, les industries, les médias...

• Les principales **stratégies de la conduite efficace de la promotion de la santé** peuvent être listées comme suit :

- élaborer une politique publique saine ;
- créer des milieux favorables ;
- renforcer l'action communautaire ;
- acquérir des aptitudes individuelles ;
- orienter les services de santé.

La promotion de la santé peut donc être considérée comme **toute combinaison de mesures de protection et d'actions d'éducation pour la santé**.

# Mémo 66

## L'éducation en santé

### I ♦ L'éducation pour la santé

#### ♦ Principe général

- L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS comme « *Tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ».
- De façon plus précise, l'éducation pour la santé est la composante des **soins de santé** qui vise à encourager l'adoption de **comportements favorables à la santé**. Elle aide les personnes à élucider leur propre comportement et à voir comment il influence leur état de santé :
  - elle encourage à faire ses propres choix pour une vie plus saine ;
  - elle ne force pas à changer.
- L'éducation pour la santé ne remplit en effet pleinement sa fonction que si elle **encourage les personnes à participer et à choisir elles-mêmes**. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que de dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé.
- L'éducation pour la santé se donne pour objectif que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité. **Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun** : elle aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie.
- Ainsi, éduquer des personnes pour la santé, c'est, compte tenu des **compétences acquises et potentielles** de ces personnes, mettre en œuvre des informations et/ou des formations et/ou des apprentissages. Ces éléments sont ciblés et individualisés pour que ces personnes soient aptes à comprendre et mettre en œuvre, pour elles-mêmes et pour ceux dont elles sont responsables, les attitudes et comportements requis en vue de :
  - **promouvoir** une bonne santé ;
  - **prévenir** les risques de maladies et d'accidents ;
  - **réduire** les invalidités fonctionnelles.

#### ♦ Différentes théories d'apprentissage

Il existe de nombreuses techniques d'apprentissage. La technique optimale consiste à

repérer chez l'apprenant celle qui lui conviendrait le mieux pour intégrer des savoirs savoir-faire nécessaires pour assurer sa bonne santé.

### Principales théories d'apprentissage

Behaviorisme	Cognitivisme	Constructivisme	Humanisme
<b>Comment l'apprentissage se fait</b>			
Comportements observables : l'objectif principal.	Structurés, de calcul.	Signification sociale, créée par chaque apprenant (personnelle).	Réflexion sur l'expérience personnelle.
<b>Facteurs d'influence</b>			
Nature de la récompense, punition, stimuli.	Schémas existants, expériences précédentes.	Engagement, participation, social, culturel.	Motivation, expériences, relations.
<b>Rôle de la mémoire</b>			
La mémoire est le câblage réel d'expériences répétées, où la récompense et la punition sont les plus influents.	Encodage, stockage, récupération.	Connaissance précédente remixée au contexte actuel.	Détient l'évolution du concept du soi.
<b>Comment le transfert se produit</b>			
Stimulus, réponse.	Duplication de structures de connaissance des « connaisseurs ».	Socialisation.	La facilitation, la transparence.
<b>Pratiques d'apprentissage expliquées par cette théorie?</b>			
Apprentissage basé sur des tâches.	Raisonnement, objectifs clairs, résolution de problèmes.	Social, vagues (« mal définies »).	Autodirigé, autonome.

Adapté de *Qu'est-ce que le Connectivisme ?* George Siemens.

### ◆ Conclusion

L'éducation à la santé implique donc un processus chronologique :

- L'étude du **niveau de la culture sanitaire** des individus ou des groupes (niveau de connaissances, degré d'information, habitudes d'hygiène de vie, attitudes à l'égard de la santé individuelle ou collective).
- Un processus d'**apprentissage** et d'**enseignement**.
- Une **relation**, un **échange** entre les partenaires dont le but est :
  - la promotion de la santé ;

- la prévention des maladies ;
- le traitement des malades.

## II ♦ La prévention

La prévention associe :

- une implication personnelle ;
- une vigilance des professionnels de santé ;
- une responsabilité collective.

L'OMS distingue trois types d'actions de prévention, en fonction de leur moment d'intervention et de leur objectif.

- **Prévention primaire** (avant l'apparition de la maladie) : éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes (ex. : vaccination).
- **Prévention secondaire** (au tout début de la maladie) : détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où la prise en charge des individus malades peut intervenir efficacement (ex. : dépistage du cancer).
- **Prévention tertiaire** (lorsque que la maladie est installée) : diminuer la prévalence des récurrences et des incapacités conséquentes.

**Remarque.** Des études récentes ajoutent la prévention quaternaire, non encore reconnue par l'OMS. Elle se caractérise par l'ensemble des activités de santé destinées à atténuer ou à éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé. Par exemple : dans un cas d'infarctus, faire en sorte que la personne adopte un rythme de vie, des comportements sociaux et alimentaires et/ou une médication qui diminuent le risque de nouvel infarctus.

### Quelques exemples de prévention

Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
<b>Cancer</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de tabac.</li> <li>• Consommer l'alcool avec modération.</li> <li>• Alimentation équilibrée.</li> <li>• Limiter l'exposition au soleil...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage du cancer du sein.</li> <li>• Dépistage du cancer colorectal.</li> <li>• Frottis vaginal...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie.</li> <li>• Chimiothérapie.</li> <li>• Hormonothérapie.</li> <li>• Radiothérapie.</li> <li>• Curiethérapie...</li> </ul>
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation de préservatif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage sérologique précoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotiques.</li> <li>• Trithérapie (HIV)...</li> </ul>
<b>Maladies cardiovasculaires</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de tabac.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage de l'HTA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi en soins intensifs.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Activité physique.</li><li>• Alimentation pauvre en graisses, sel.</li><li>• Gestion du stress...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contrôle de la fonction cardiaque.</li><li>• Épreuve d'effort...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diminuer la sédentarité.</li><li>• Conserver une alimentation adaptée...</li></ul>
---	--	--

# Mémo 67

## L'éducation thérapeutique (ETP)

### I ♦ Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique (ETP) d'un patient ?

#### ♦ Distinction entre éducation pour la santé et éducation thérapeutique

• L'**éducation pour la santé** concerne la population générale avec des programmes tels que :

- les mesures de vie saine ;
- l'alimentation équilibrée ;
- la prévention des infections sexuellement transmissibles ;
- l'alcoolisme ;
- le tabagisme...

• L'**éducation thérapeutique** est un concept plus récent. Elle ne peut être conduite que par des professionnels de santé, ce qui n'est pas le cas de l'éducation pour la santé. Le terme d'éducation thérapeutique a été adopté par l'OMS et officialise ainsi cette activité spécifique des soignants en 1996.

S'agissant de l'éducation thérapeutique, l'OMS précise : « *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient.* » L'éducation implique des activités organisées :

- de sensibilisation ;
- d'information ;
- d'apprentissage de l'autogestion ;
- de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie.

Elle vise donc à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

#### ♦ À qui s'adresse l'éducation thérapeutique ?

- À toute personne (enfant et parents, adolescent, adulte) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie.
- Aux proches du patient (s'ils le souhaitent), et si celui-ci souhaite les impliquer dans



l'aide à la gestion de sa maladie.

**Remarque.** Il convient de considérer les éventuelles difficultés d'apprentissage des patients. Par exemple, la non connaissance de la langue française, des difficultés économiques, niveau d'éducation... La prise en compte de certains de ces freins à l'apprentissage doit permettre au soignant qui conduit un projet d'éducation thérapeutique d'adapter sa méthode au profil de la personne. De cette manière, toute personne doit pouvoir bénéficier d'un projet d'éducation thérapeutique.

## **II ♦ Comment s'opère l'éducation thérapeutique d'un patient ?**

Une démarche structurée et organisée, après l'accord du patient, de la manière suivante (recommandations HAS « Éducation thérapeutique d'un patient », juin 2007) :

1. Élaborer un diagnostic éducatif.
2. Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec priorités d'apprentissage.
3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, ou en alternance.
4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

### **♦ Diagnostic éducatif**

Cette étape constitue le socle de la conduite de l'éducation thérapeutique.

- Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.
- Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.
- Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

### **♦ Programme personnalisé d'éducation thérapeutique et priorités d'apprentissage**

- Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.
- Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel.
- Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

### **♦ Séances d'éducation thérapeutique**


- Sélectionner :
  - les contenus à proposer lors des séances d'éducation thérapeutique ;
  - les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.
- Réaliser les séances.

## ♦ Évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

- Faire le point avec le patient sur :
  - ce qu'il sait, ce qu'il a compris ;
  - ce qu'il sait faire et appliquer ;
  - ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir ;
  - la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.
- Proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tient compte :
  - des données de cette évaluation ;
  - des données du suivi de la maladie chronique.

## III ♦ Critères de qualité de l'éducation thérapeutique

- Être **centrée sur le patient** : intérêt porté à la personne dans son ensemble, prise de décision partagée, respect des préférences.
- Être **scientifiquement fondée** (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et **enrichie par les retours d'expérience** des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives.
- Faire **partie intégrante** du traitement et de la prise en charge.
- Concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux.
- Être un **processus permanent**, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient.
- Être réalisée par des professionnels de santé formés à la **démarche d'éducation thérapeutique** du patient et aux **techniques pédagogiques**, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions.
- S'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (diagnostic éducatif) et être construite sur des **priorités d'apprentissage** perçues par le patient et le professionnel de santé.
- **Se construire avec le patient**, et impliquer autant que possible les proches du patient.
- S'adapter au **profil éducatif et culturel du patient**, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage.
- Être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs :
  - utilisation de techniques de communication centrées sur le patient ;
  - séances collectives ou individuelles, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant) ;
  - accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie ;
  - utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un



processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient.

- Être **multi-professionnelle, interdisciplinaire** et **intersectorielle** et intégrer le travail en réseau.
- Inclure une **évaluation individuelle** de l'éducation thérapeutique et du déroulement du programme.

## Mémo 68

# La démarche d'éducation thérapeutique

*Pour rappel, les étapes de la démarche d'éducation thérapeutique sont au nombre de quatre (voir Mémo 67) :*

- élaborer un diagnostic éducatif ;*
- définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec priorités d'apprentissage ;*
- planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, ou en alternance ;*
- réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.*

### **I ♦ Objectif l'UE 4.6 au semestre 4**

Selon le référentiel de formation infirmière, l'objectif est de permettre à l'étudiant « d'élaborer une démarche d'éducation thérapeutique en interdisciplinarité ».

En effet l'UE 4.6 S3 consiste à conceptualiser et parvenir à analyser une démarche d'éducation thérapeutique alors que l'UE 4.6 S4 consiste – dans une logique de transférabilité des savoirs du S3 – à pouvoir élaborer et mettre en œuvre une démarche.

Il est donc intéressant de proposer ici un exemple de démarche d'éducation thérapeutique complet.

**Remarque.** Certaines autres études présentent la démarche en cinq voire six étapes. En effet, certaines des quatre étapes citées ici peuvent être subdivisées afin d'apporter une déclinaison plus fine du processus. Choix est fait ici de raisonner avec les quatre étapes incontournables, validées par la HAS.

### **II ♦ Exemple d'une démarche thérapeutique**

Il s'agit d'une démarche auprès des **enfants (et de leurs parents) porteurs de Mitrofanoff**.

Un **Mitrofanoff** est une technique de continence trans-appendiculaire qui permet de traiter la plupart des complications en rapport avec une vessie neurologique chez l'enfant, en particulier la mauvaise vidange vésicale avec son retentissement sur les voies urinaires supérieures, l'infection et l'incontinence.

L'appendice, interposé entre la paroi abdominale et la vessie, réalise un conduit permettant des auto-sondages pluriquotidiens. En même temps que l'intervention Mitrofanoff peuvent être associées la fermeture du col vésical, une entérocytoplastie d'agrandissement ou une réimplantation urétéro-vésicale.

Ce procédé chirurgical permet le plus souvent de restaurer une continence parfaite et de

*respecter le haut appareil urinaire.*

### **A. Le contexte – 1<sup>re</sup> étape : élaborer un diagnostic éducatif**

- Il s'agit d'un enfant né prématurément et présentant une anomalie vésicale nécessitant, à l'âge de 5 ans, la mise en place d'un Mitrofanoff trans-ombilical avec un apprentissage aux sondages intermittents. Les parents d'origine indienne parlent peu le français.
- Après une période d'hospitalisation d'une semaine durant laquelle l'équipe soignante prend en charge les sondages (dans un contexte d'éducation), les parents auront à réaliser ces soins seuls au retour à domicile de leur enfant.
- Étant donné le contexte, il convient de définir la 1<sup>re</sup> étape : élaborer un diagnostic éducatif. Il s'agit d'effectuer un recueil de données afin de :
  - connaître l'enfant et ses parents (psychologie, catégorie sociale, motivation...);
  - identifier leurs besoins ;
  - identifier leurs attentes ;
  - évaluer leur réceptivité aux informations.

### **B. Étape 2 : définir un programme personnalisé avec priorités d'apprentissage**

- **Objectif global** : améliorer la qualité de vie de l'enfant par l'acquisition d'hétéro-soins des parents dans les sondages intermittents faits à leur enfant.
- **Objectifs spécifiques** :
  - acquisition de compétences cognitives (autour des connaissances) ;
  - acquisition de compétences pratiques ;
  - acquisition de conduites préventives (hygiène, asepsie, situation d'urgence, repérage précoce de complications...).

### **C. Étape 3 : planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique**

Pour garantir une concentration optimale, il est mis en place trois séances sur trois jours, soit une séance par jour. Chaque séance comprend quatre sondages, soit toutes les deux heures à des horaires fixes : 10 h, 12 h, 14 h et 16 h.

L'évaluation de la douleur chez l'enfant se fait tout au long des séances à l'aide de l'échelle visuelle des visages adaptée à son âge. Le cas échéant le MEOPA sera proposé.

#### **◆ 1<sup>re</sup> séance**

Les sondages intermittents durant cette séance seront assurés par les soignants avec des explications précises sur les gestes techniques et sur le choix du matériel, tout en répondant aux questions de l'enfant et de ses parents.

Cette séance permet au soignants de déterminer la taille de la sonde la mieux adaptée à l'enfant et mettre les parents en confiance vis-à-vis du soin.

- En premier lieu il faut faire connaissance et rassurer l'enfant et les parents en leur expliquant le **déroulement de la démarche éducative**, c'est-à-dire :

- les différentes étapes du soin ;
- son intérêt (préserver les reins, diminuer la fréquence des infections urinaires) ;
- les risques éventuels.
- La séance se poursuit par l'**évaluation des connaissances**, de leur compréhension, puis le soignant apporte des informations supplémentaires et invite les parents à **reformuler**.
- Il est fait un **rappel sur l'anatomie et la physiologie** de l'appareil urinaire et des explications concernant les **positions les plus ergonomiques** pour réaliser les sondages sont données.
- Enfin, il leur est expliqué la **préparation du matériel** nécessaire ainsi que son maniement (le but étant de garantir la stérilité du soin).
- Le soin est alors réalisé et explicité selon la chronologie suivante :
  - rassembler tout le matériel nécessaire ;
  - se laver les mains ;
  - utiliser des compresses stériles et de l'eau pour nettoyer la peau qui entoure l'ouverture au niveau de la stomie ;
  - enduire de lubrifiant l'extrémité distale du cathéter ;
  - glisser le cathéter dans la stomie sans le stériliser.
  - laisser l'urine s'écouler dans un récipient jusqu'à ce que l'écoulement cesse ;
  - retirer le cathéter et le jeter ;
  - laver à nouveau le nombril afin de prévenir le risque infectieux ;
  - se laver les mains.

Cette étape se répète donc quatre fois durant le 1<sup>er</sup> jour, c'est-à-dire toutes les deux heures.

- En fin de séance, il est remis aux parents une **fiche de renseignements** sur laquelle sont indiquées les fournitures dont ils auront besoin ainsi que les lieux où ils pourront se les procurer. Une **brochure simplifiée** adaptée à leur niveau de compréhension leur est également remise.
- Les parents et l'enfant sont invités à noter les questions qui leur viennent afin de les poser lors de la prochaine séance.

## ◆ 2<sup>e</sup> séance

Elle a lieu le deuxième jour avec le même principe à raison de quatre sondages à deux heures d'intervalle.

- Elle commence par une **évaluation** de ce qu'ont retenu les parents et l'enfant lors de la séance précédente.
- Les propos des parents sont alors **validés** et/ou **réajustés**.
- Les soins sont à présent réalisés **par les parents sous la guidance du soignant**. Il leur est proposé un ajustement de la technique, de l'organisation et de gestion du stress.
- Durant cette séance, les parents doivent être capables de **repérer les signes de complication** (douleur, infection, saignement, fuite...), savoir remplir la **fiche de miction**



et quantifier les **apports hydriques entrées/sorties**.

### ◆ 3<sup>e</sup> séance

- Le déroulé est identique à la 2<sup>e</sup> séance puis suivront l'**évaluation finale des compétences d'autonomie** acquise par les parents et la capacité de ces derniers à les adapter à leur mode de vie et à celui de l'enfant à raison de sondages tous les trois à quatre heures par jour.
- Cette séance permet aussi d'évaluer la compréhension, la capacité et les possibilités de l'enfant à participer à l'auto-soin. Elle permet aussi à l'équipe pluridisciplinaire de décider de **programmer des séances supplémentaires** si besoin.
- Les parents sont encouragés à informer tout médecin devant consulter leur enfant ainsi que l'infirmière scolaire (ou libérale proche de l'école) concernant le nombre et les horaires de sondage.

### D. Étape 4 : réaliser une évaluation des compétences acquises

- Les résultats de la démarche d'éducation thérapeutique sont analysés par le biais d'une **fiche questions/réponses** autour de trois domaines :

- cognitif ;
- pratique ;
- préventif.

Ces derniers permettront d'identifier la progression, les acquis et les axes d'amélioration. De plus, cette analyse permet aux soignants de faire une évaluation globale multidisciplinaire :

- Acquisition des **compétences cognitives** → *Que savent-ils à la fin de la démarche éducative (connaissance, compréhension) ?*
- Acquisition des **compétences pratiques** → *Que savent-ils faire à la fin de la démarche éducative (techniques de soins) ?*
- Acquisition de **conduites préventives** → *Le comportement ou attitudes d'adaptation sont-ils acquis (règles d'hygiène, prévention des infections...) ?*

### E. Réajustement

Toute démarche d'éducation thérapeutique se doit d'être réajustée dans le cadre d'une évaluation.

Concernant l'exemple présenté ci-dessus, l'évaluation réalisée a entraîné les réajustements suivants :

- ajouter plus de séances et ne pas passer le « relais » technique des soins aux parents dès la seconde séance ;
- mettre en place une **fiche de liaison** pour les dix jours passés au domicile après l'hospitalisation dans laquelle les parents pourront noter des transmissions (ou l'IDE libéral).



- ...

Ce réajustement n'est pas exhaustif, toutes les dimensions sont à considérer.

*Exemple de démarche d'éducation thérapeutique proposé avec l'aimable autorisation de M. Félix LEKCHINI, étudiant infirmier promotion 2012-2015, IFSI Saint Louis AP-HP Paris.*

## Mémo 69

# Le contrat en éducation thérapeutique

*La notion de contrat d'éducation repose sur l'accord entre le patient et l'équipe soignante sur les objectifs que doit atteindre le patient au terme de sa démarche d'éducation. Dans le cadre de la démarche d'éducation thérapeutique, le contrat d'éducation fait immédiatement suite à l'étape 1 : élaborer un diagnostic éducatif.*

### **I ♦ Objectif**

Définir, en accord avec le patient et l'équipe soignante, les objectifs de sécurité et spécifiques à atteindre.

Selon la Haute Autorité de santé : « *Le diagnostic éducatif aboutit à la définition des compétences que le patient est amené à acquérir et qui figurent dans le contrat d'éducation. La coordination des professionnels de santé est nécessaire à l'élaboration d'une stratégie éducative cohérente pour chaque patient.* »

### **II ♦ Déclinaison du contrat**

Il s'agit de définir les **compétences** à développer par le patient. Les compétences sont composées d'un ensemble de connaissances, d'actions ou de comportements que le patient devrait maîtriser pour gérer son traitement et prévenir la survenue des complications, tout en maintenant ou en améliorant sa qualité de vie.

- Les compétences à acquérir sont généralement :
  - **cognitives** : connaissances, interprétation de données, résolution de problèmes, prise de décision, développement de l'esprit critique ;
  - **techniques** : capacité gestuelle ;
  - **relationnelles** : capacité à transmettre des informations concernant son état de santé à ses proches et/ou à l'équipe soignante.
- Les compétences dites « **de sécurité** », qui visent à ne pas mettre la vie du patient en danger, sont indispensables. D'autres compétences spécifiques reposant sur des **besoins propres** peuvent être négociées avec le patient.
- Le contrat d'éducation précise les compétences que le patient est amené à atteindre tout au long de son éducation. Il s'agit, par la négociation, de rechercher un accord entre le professionnel de santé et le patient. Le contrat d'éducation doit être écrit et remis au patient afin de lui permettre de s'y reporter. Il engage le soignant à mettre en œuvre les moyens nécessaires au développement et à l'acquisition des compétences par le patient.

# Mémo 70

## Les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé

*Il existe de nombreux organismes contribuant à l'action d'éducation pour la santé. Certains d'entre eux sont totalement dédiés à cette activité. Pour d'autres, l'éducation pour la santé n'est qu'une branche de leur activité. Est présentée ici une liste non exhaustive des principaux organismes.*

### **I ♦ Au plan national**

#### **♦ Le Haut Conseil de santé publique (HCSP)**

La commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé » réunit l'expertise scientifique nécessaire :

- à l'analyse des déterminants individuels et collectifs des **comportements affectant la santé** ;
- à l'évaluation des interventions susceptibles de soutenir et de renforcer les capacités des individus et des populations à **accroître leur contrôle sur leur santé** et à améliorer celle-ci.

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

#### **♦ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**

L'INPES est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les **politiques de prévention et d'éducation pour la santé** dans le cadre plus général des orientations de la **politique de santé publique** fixées par le gouvernement.

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

#### **♦ La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)**

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie gère, au plan national, les branches **maladie et accidents du travail - maladies professionnelles** du régime général de Sécurité sociale.

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

#### **♦ Les associations**

La découverte d'un problème de santé chronique peut plonger les patients et leur famille dans l'angoisse. Au cas où ils n'obtiennent pas d'informations sur la réalité de la maladie,

sur les possibilités de traitement palliatif, les familles et les patients risquent de se replier sur eux-mêmes et de vivre leur souffrance dans l'isolement.

Il existe de nombreuses associations. En voici quelques exemples : AIDES, Association française des diabétiques, Fédération française de cardiologie...

## **II ♦ Au plan régional**

### **♦ Les agences régionales de santé (ARS)**

Les agences régionales de santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables :

- de la sécurité sanitaire ;
- des actions de prévention menées dans la région ;
- de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées.

Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

[www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)

### **♦ Les comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES)**

Le CODES est une association loi 1901, qui réunit des acteurs de prévention de la santé, de l'éducation, du monde social, de la recherche... et des représentants des principales institutions de santé du département.

Le CODES met en œuvre :

- des actions inscrites très directement dans les priorités nationales, régionales et départementales de santé publique : programme régional de santé publique, Plan Cancer... ;
- des actions plus spécifiquement issues d'une analyse des demandes et des besoins locaux : violences entre filles et garçons, sommeil et rythmes de vie...

# Mémo 71

## La formation des aidants naturels

### **I ♦ Définition**

- Les aidants dits « naturels » ou « informels » sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne.
- Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment le *nursing*, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, *etc.*
- Un ou plusieurs aidants peuvent être amenés à se relayer ou à se remplacer auprès d'une personne tout au long de l'évolution de sa maladie.

(Source : HAS)

### **II ♦ La formation**

#### **♦ Objectif**

- Prendre la mesure de son engagement auprès de son proche.
- Concilier sa vie personnelle et sociale avec sa vie d'aidant.
- Conserver la qualité de la relation à son proche.

#### **♦ Apport de connaissances**

Diverses thématiques peuvent être proposées aux aidants naturels. Il convient d'évaluer les besoins de chacun d'entre eux en fonction de leur histoire de vie et d'ajuster les propositions à leur situation. Parmi les sujets les plus fréquents, nous retrouvons :

- *pourquoi et comment accepter le rôle d'aidant et y faire face sans s'épuiser ?*
- *comment prendre soin de soi tout en prenant soin de son proche et vivre avec lui ?*
- *quelles sont les limites du rôle d'aidant et comment prendre du répit ?*
- *comment comprendre les changements de comportement et mieux communiquer avec son proche ?*
- *comment s'y prendre dans les actes de la vie quotidienne, quelles sont les solutions d'aides ?*

### **III ♦ Synthèse**

- Les aidants naturels ne peuvent contribuer à un suivi efficace et sécurisé du patient que

s'ils se sentent en confiance et sûrs de leur manière de faire.

- Dans le cadre d'une continuité à domicile d'un processus d'éducation thérapeutique nécessitant la contribution d'aidant naturels, le soignant se doit d'évaluer ses besoins en formation. Le cas échéant, lui apporter directement ou en collaboration avec des organismes ou associations les connaissances nécessaires à la réussite du programme d'éducation.

## UE 4.7 - Soins palliatifs et de fin de vie

- >>> [Mémo 72 - La fin de vie](#)
- >>> [Mémo 73 - La prise en charge des besoins](#)
- >>> [Mémo 74 - Les soins palliatifs](#)
- >>> [Mémo 75 - La prise en charge de la douleur](#)
- >>> [Mémo 76 - Les structures de prise en charge](#)
- >>> [Mémo 77 - La gestion émotionnelle des soignants face à la fin de vie](#)



# Mémo 72

## La fin de vie

*La mort fait partie intégrante de la vie, mais ce passage peut être parfois difficile à vivre. La fin de vie concerne les personnes âgées, mais aussi les personnes au stade terminal d'une maladie grave, comme par exemple la maladie cancéreuse.*

### **I ♦ L'identification des besoins**

#### **♦ Le vieillissement**

C'est un ensemble de **processus physiologiques et psychologiques** qui, avec l'avancée en âge, atteint toutes les cellules, les tissus et les organes de l'organisme, et en modifie la structure et le fonctionnement. Ce processus est progressif et lent. Il en résulte une altération des capacités fonctionnelles de l'organisme (ex. : diminution du remplacement des cellules, affaiblissement de l'efficacité des systèmes de régulation physiologique...).

La personne âgée se voit diminuée et affaiblie et peut devenir dépendante. Elle peut perdre ses repères et tout désir, même celui de vivre. On parle parfois de « **syndrome de glissement** ».

#### **♦ Le malade au stade terminal d'une maladie grave**

Le malade souffre de **douleur physique**, souvent chronique, due à la maladie, mais il éprouve aussi une **souffrance psychologique** face à l'imminence de la mort.

Parallèlement, cette fin de vie peut s'accompagner d'autres symptômes gênants, comme des troubles du transit, des escarres, des troubles du sommeil, de l'anxiété, de la déshydratation...

### **II ♦ Les étapes du deuil**

#### **♦ Le deuil**

C'est la perte d'une personne, d'un « objet » ou un changement dans l'état de santé. C'est une étape normale de la vie, mais qui peut être difficile à vivre en fonction du contexte. Sa durée varie d'un individu à un autre.

Toute perte ou rupture génère la mise en place d'un **processus de deuil**. Elle peut concerner un être cher, mais aussi un emploi, un divorce, une maladie, un revenu, un animal, un statut social...

Le deuil sert à transformer le lien qui unissait la personne endeuillée et ce qui a été perdu.

#### **♦ Les étapes du deuil**

La psychiatre Elisabeth Kübler-Ross (1969) a décrit sept étapes de deuil. D'après elle chaque personne traverse ces différentes étapes, mais à son rythme et pas forcément dans le même ordre.

- **Le choc** : cette phase survient à l'annonce de la perte. La personne est dans une phase dite de « sidération ». Il s'agit d'une étape de « défense de l'esprit ».
- **Le déni** : la personne est dans le refus et ce d'autant plus que la rupture est brutale. La douleur s'installe avec de la culpabilité.
- **La colère** : la personne endeuillée ressent un sentiment d'injustice face à la perte qu'elle subit. Elle exprime sa révolte vers autrui de façon plus ou moins rationnelle.
- **Le marchandage** : la personne tente de négocier un retour en arrière, avant la perte.
- **La dépression** : la personne endeuillée accepte la perte, car elle prend conscience que ce qui est perdu l'est définitivement. Elle peut se replier sur elle-même et éprouver un sentiment de vide.
- **La reconstruction** : la personne en deuil cherche à sortir de son deuil. Elle s'ouvre sur les autres et se recentre sur elle-même. Elle se sent moins coupable.
- **L'acceptation** : la personne se remet à vivre et à faire des projets. Le travail de deuil est fini.

### **III ♦ Le deuil pathologique**

Celui-ci apparaît lorsque l'individu se trouve bloqué à une des étapes. Il s'accompagne de troubles physiques ou psychologiques alors que ceux-ci étaient absents auparavant.

Le deuil est le facteur favorisant, constitutif d'affections cardiovasculaires, de l'apparition de dépression, enfin d'une augmentation de la mortalité. Il peut avoir aussi comme conséquence une identification au défunt ou une perte de l'estime de soi.

# Mémo 73

## La prise en charge des besoins

### **I ♦ Les besoins psychoaffectifs et sociaux**

Le patient en fin de vie souffre physiquement et psychologiquement. Il passe par différentes étapes, dites les étapes du deuil. Mais il peut coexister en lui d'autres sentiments et émotions. Ce sont des mécanismes de défense qui permettent au patient de faire face à une situation insoutenable, à la mort qui vient.

#### **♦ La tristesse**

Le patient pleure, se renferme sur lui. Le patient se rend compte que la maladie va vers une sortie inéluctable. Il n'a plus d'espoir. Il faut être à l'écoute du patient, lui permettre de verbaliser ses sentiments.

#### **♦ La dépression**

Il s'agit d'un diagnostic médical. Le patient reste dans sa tristesse. Il est parfois nécessaire de recourir à des antidépresseurs. Le patient peut avoir des pensées suicidaires.

#### **♦ La colère**

Elle permet au patient d'exprimer son sentiment d'injustice. Elle peut être associée à l'agressivité, à la haine, à la culpabilité. Il faut laisser le patient exprimer ses sentiments, et lui demander quels peuvent être les sujets qui déclenchent sa colère.

#### **♦ La honte**

Ce sentiment peut être en lien avec une altération de l'image corporelle. Le patient se sent dévalorisé, incapable d'atteindre les objectifs qu'il s'était fixés. Il faut comprendre pourquoi le patient ressent cette honte, éviter de le confronter à ce sentiment notamment lors des soins, le revaloriser.

#### **♦ La peur**

Elle est souvent liée à la peur de la mort. Faire verbaliser par le patient le pourquoi de cette peur, le sécuriser, le rassurer, lui permettre de garder de l'espoir en le soutenant dans ses projets.

#### **♦ L'anxiété et l'angoisse**

Il s'agit d'un sentiment vague et pénible de danger. Il faut être à l'écoute du patient et essayer de comprendre pourquoi il éprouve ce sentiment. Si besoin, lui proposer de

rencontrer un psychologue.

### ◆ Le sentiment d'impuissance

Ce sentiment vient du fait que le patient ne contrôle plus les événements de sa vie. Il peut se replier sur lui-même, être passif et indifférent, ne plus s'intéresser à ses soins. Il faut l'aider à verbaliser ses doutes, le soutenir dans ses efforts.

### ◆ L'altération de l'image corporelle

Ce sentiment est lié à la modification de son image corporelle après une chirurgie, un traitement médical, un amaigrissement, un handicap... Le patient peut refuser de regarder la partie de son corps qui est atteinte. Il faut l'aider à trouver des solutions, adapter sa communication verbale et non-verbale (congruence) face à l'évolution de son état.

### ◆ La solitude

Elle peut être soit recherchée par le patient, soit subie par lui. Dans ce cas, le patient peut se sentir isolé, perdre l'espoir. Il se sent mis de côté, le lien avec les autres hommes semble rompu. Faire verbaliser le patient, l'aider à rétablir des liens avec les autres, lui proposer des activités.

## II ◆ Les besoins spirituels

Quand la fin est proche, le patient peut se demander quel est le but de tout ce qu'il vit. Le soignant doit aider le patient à créer du lien avec son entourage et sa communauté. Il doit lui permettre de retrouver l'estime de lui-même, à travers les récits de sa vie. Le soignant valorise les réussites passées et actuelles du patient.

Si le patient pratiquait une religion, le soignant l'aide à reprendre contact avec sa communauté religieuse. Il accompagne le patient dans sa quête du sens de sa vie. Si le patient le lui demande, il peut lui lire des textes sacrés.

## III ◆ La communication et l'accompagnement

On communique tous les jours. Cette communication sert à entrer en relation avec les autres. Quand on communique, un **message** oral est envoyé à un **destinataire** qui y répond. Parallèlement notre corps et notre visage transmettent des informations au destinataire. On parle de **congruence** quand le message oral (communication verbale) est en adéquation avec la posture de l'émetteur (communication non verbale).

### ◆ L'information

Il s'agit de transmettre au patient et à son entourage (avec l'accord du patient) des renseignements sur sa prise en charge, sur les soins qu'il recevra. Le patient peut poser des questions. Face à ces informations, le patient peut se positionner sur des choix thérapeutiques. Si le patient refuse ces informations, il faut respecter son choix, tout en lui confirmant que l'on reste à sa disposition pour les lui donner ultérieurement.

## ◆ La communication

Elle est toujours centrée sur le patient. Devant la souffrance du patient, le soignant doit évaluer ses besoins, lui permettre d'exprimer ses sentiments. Le patient peut ainsi évaluer ses difficultés. La posture du soignant sera significative. Il se mettra à la hauteur du patient qui sera installé confortablement. L'écoute du patient est fondamentale.

Le soignant observera le visage et le corps du patient. Il adoptera une attitude respectueuse et authentique vis-à-vis du patient. Il emploiera des mots simples et facilement compréhensibles par le patient. Il sera disponible et impliqué dans la relation soignant-soigné. Il aura une attitude empathique.

## ◆ L'accompagnement et la relation d'aide

La relation d'aide est une technique d'entretien qui vise à permettre au patient de trouver lui-même ses propres réponses. Elle est mise en place en fonction du besoin du patient, en la planifiant de façon à ne pas être interrompu. Cette technique utilise des attitudes de clarification et d'écoute compréhensive. Le soignant est dans l'empathie et le non jugement du patient. Il est respectueux et authentique (congruence).

# Mémo 74

## Les soins palliatifs

*« Les progrès dans le champ de la santé génèrent une augmentation de l'espérance de vie : ainsi, de nombreuses personnes voient leur durée de vie allongée, certaines présentent des maladies chroniques parfois de plus en plus complexes et ont des handicaps de plus en plus sévères. Toute personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale doit pouvoir bénéficier de soins, qu'ils soient curatifs ou palliatifs » (INPES, 2009).*

*« L'objectif des soins palliatifs n'est pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle » (INPES, 2009).*

### **I ♦ Historique**

Tout au long de l'histoire, des soins ont été prodigués aux nécessiteux. Ceux-ci sont dispensés dans des Hôtels Dieu par des religieux. Les indigents y sont accueillis avec sollicitude et ils y reçoivent protection, nourriture et traitement. Les souffrances physiques et morales y sont apaisées.

- En 1740, [Jean Godinot](#), chanoine de la cathédrale de Reims, crée « l'hôpital des cancérés ».
- En 1842, [Jeanne Garnier](#), suite aux décès consécutifs de son mari et de ses deux jeunes enfants, fonde à Lyon l'association des Dames du Calvaire qui reçoit les femmes incurables. Un projet spirituel est défini, basé sur les notions de respect et de dignité du malade.
- En 1874, [Aurélie Jousset](#), inspirée par le travail de Jeanne Garnier, aménage un hospice à Paris. Celui-ci s'appellera « Le Calvaire ». Plus tard, ce centre sera la maison Jeanne Garnier.
- En 1905, les sœurs néerlandaises de la Charité fonderont l'hospice de St Joseph à Londres.
- En 1967, le docteur [Cicely Saunders](#) ouvre à Londres l'hospice St Christophe. Cet hôpital prend en charge les patients cancéreux au stade terminal. Elle travaille sur les protocoles antalgiques et en particulier les morphiniques par voie orale. Elle décrit le concept de « douleur globale ». Celui-ci prend en compte les différentes composantes de la douleur : physique, psychologique, sociale et spirituelle des patients en fin de vie. Cicely Saunders porte sa réflexion sur une prise en charge du patient par une équipe interdisciplinaire, où professionnels de santé, mais aussi bénévoles et représentants du culte œuvrent auprès du patient et de son entourage. Parallèlement, son attention se porte



sur le besoin de soutien psychologique des patients, mais aussi des soignants qui sont confrontés au jour le jour à des drames.

- En Amérique du Nord, **Elisabeth Kübler-Ross** décrit les réactions psychologiques de patients confrontés à la mort, dans son livre *On death and Dying*.
- En 1974, le docteur **Balfour Mount**, chirurgien du *Royal Victoria Hospital* de Montréal au Canada, crée la première unité d'hospitalisation en milieu universitaire, qu'il appellera « soins palliatifs ».

## II ♦ Définition

• Selon la **SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)**, « les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile et en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche ».

• Parallèlement, l'**OMS (Organisation mondiale de la santé)** a mené une réflexion sur les soins palliatifs qu'en 2002 elle définit ainsi : « les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

*Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge ».*

## III ♦ Aide à la décision de recours aux soins palliatifs

Au décours d'une maladie, il existe différentes phases :

- une **phase curative** où les traitements peuvent guérir ou entraîner une période de rémission ;



- une **phase palliative** où les objectifs thérapeutiques visent à soulager les symptômes ;
- une **phase terminale** où les objectifs des soins sont focalisés sur le confort du patient et l'accompagnement de l'entourage.

Pour aider les équipes soignantes à décider si un patient relève ou pas des soins palliatifs, il existe plusieurs outils. Ceux-ci permettent d'évaluer l'état clinique du patient et sa capacité à mener une vie normale.

- Le **Pallia 10** peut être utilisé par tout professionnel de santé chez les patients atteints de maladies incurables ou quand les besoins rendent la prise en charge complexe. Élaboré par un groupe d'experts de la **SFAP**, avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale. Le questionnaire porte sur le patient et son entourage, la maladie et ses symptômes. Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé.
- L'**indice de Karnofsky** permet d'apprécier l'état du patient en cancérologie. Il s'agit d'une graduation par une échelle qui cote de 10 % à 100 % l'état de dépendance du patient et sa capacité à réaliser seul le moindre geste :
  - 100 % : l'état du patient est normal,
  - 10 % : le patient est moribond.
- **Performance statuts OMS** : il s'agit d'une grille qui cote de 0 à 4 la capacité d'un patient à réaliser une activité quotidienne.

## **IV ♦ Soulager les différents symptômes**

- Chaque personne correspond à une **histoire de vie**. Quand on prend en charge une personne dans sa globalité, on doit tenir compte de son vécu, de ses origines, de sa culture, de sa religion, de sa relation aux autres...
- Une autre chose importante à garder en mémoire est la **relation du patient à sa maladie**. C'est une relation personnelle, le patient a cheminé avec sa maladie. Il a commencé son travail de deuil dès l'annonce de celle-ci.
- Les soins palliatifs visent le **confort et la qualité de vie du malade jusqu'à la mort**. Ils tendent à soulager la douleur physique et les autres symptômes qui y sont associés. Pour cela ils recherchent et évaluent les **symptômes d'inconfort** du patient et ils établissent un projet de soins. Les soins palliatifs respectent la **dignité** et l'**autonomie** du patient.
- Il faut être présent auprès du patient, mais lui laisser la **liberté de refuser** cette présence. L'entourage doit participer à la prise en charge du patient s'il le souhaite (avec l'accord du patient).
- **Les pathologies concernées sont multiples** : cancer, SIDA, maladies neurologiques dégénératives, fin de vie des personnes âgées, pathologies chroniques...
- **La prise en charge des patients passe par** :
  - l'évaluation des symptômes et la vérification de l'efficacité des traitements associés ;
  - le respect mutuel ;

- une communication avec le patient et son entourage ;
  - une relation d'aide et d'écoute ;
  - une confiance réciproque entre le patient, son entourage et l'équipe ;
  - une réflexion éthique pour adapter le projet de soins aux volontés du patient.
- Différents symptômes sont décrits au décours de la maladie. Ils ne sont pas tous présents et leur intensité est ressentie de façon variable par le patient. Pour une bonne évaluation de leur impact, il est nécessaire d'**observer et écouter le patient**.

### ◆ La douleur

- Elle est **omniprésente**. La douleur empêche le patient de réaliser ses activités quotidiennes, le prive de repos et de sommeil. Elle peut être source d'angoisse pour lui.
- La douleur doit être **évaluée régulièrement** pour adapter le traitement aux besoins et aux désirs du patient. On peut recourir :
  - soit à des traitements médicamenteux sur prescription médicale ;
  - soit à des traitements non médicamenteux.
- La douleur peut avoir des **répercussions sur le comportement du patient** vis-à-vis de son entourage et des soignants. Il est essentiel d'être à son écoute, de le soutenir ainsi que son entourage. Il peut être indispensable dans certains cas d'avoir recours à un **psychologue**.

### ◆ Les manifestations générales

Symptômes	Soins infirmiers
<b>Asthénie</b> Fatigabilité anormale à réaliser les gestes de la vie quotidienne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier des moments de repos.</li> <li>• Adapter les soins aux capacités physiques du patient afin de prévenir notamment les risques de chute.</li> </ul>
<b>Anorexie</b> Indifférence vis-à-vis de la nourriture et besoins diminués.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractionner les repas.</li> <li>• Éviter certains aliments ayant une odeur forte.</li> <li>• Favoriser les repas hyperprotéiques.</li> <li>• Encourager le patient à consommer les aliments qu'il aime (l'utilisation d'arômes est préconisée).</li> <li>• Mettre en place une grille de surveillance alimentaire.</li> <li>• Si le patient signale des douleurs buccales lors des repas, vérifier son état buccal :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– un brossage doux des dents est essentiel pour permettre au patient de garder le plaisir de manger ;</li> <li>– le nettoyage des prothèses dentaires doit être quotidien.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Déshydratation</b> Surtout bucco-pharyngée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier des boissons gazeuses ou aromatisées.</li> <li>• <b>Sur prescription médicale</b> : réhydratation par voie</li> </ul>

sous-cutanée.

- Mettre en place une grille de surveillance de l'hydratation.
- Utiliser des bâtonnets citronnés pour réaliser des soins de bouche.

### ◆ Les manifestations neurologiques et neuropsychiques

Symptômes	Soins infirmiers
<b>Crises convulsives partielles</b> avec : <ul style="list-style-type: none"><li>– soit une raideur corporelle ;</li><li>– soit une déviation du regard...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protéger le patient de chutes éventuelles.</li></ul>
<b>Troubles de la vigilance</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>– surtout en fin de vie ;</li><li>– ils peuvent induire soit des fausses routes, soit des chutes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveiller le patient et assurer sa sécurité.</li></ul>
<b>Troubles du sommeil</b> liés : <ul style="list-style-type: none"><li>– soit à une douleur physique ;</li><li>– soit à une souffrance morale.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sur prescription médicale</b> : traitement médicamenteux.</li><li>• Faire verbaliser par le patient la source de son angoisse.</li><li>• Prévoir des plages de repos durant la journée.</li></ul>
<b>Troubles du comportement</b> avec : <ul style="list-style-type: none"><li>– agitation ;</li><li>– parfois confusion.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveiller le patient.</li><li>• <b>Sur prescription médicale</b> : si nécessaire, mise en place des moyens de contention (avec surveillance accrue du patient).</li></ul>
<b>Anxiété</b> (peut se manifester par de l'agressivité ou de la fuite)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les causes de l'angoisse.</li><li>• Être à l'écoute des besoins du patient et le rassurer.</li><li>• Communication verbale en adéquation avec la communication non verbale (congruence).</li><li>• Recours éventuel à un psychologue.</li></ul>

### ◆ Les manifestations respiratoires

Symptômes	Soins infirmiers
<b>Patient dyspnéique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aérer et humidifier la chambre.</li></ul>

(source d'angoisse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrater le patient.</li> <li>• Le laisser verbaliser ses angoisses et le rassurer.</li> <li>• Appliquer les traitements prescrits par le médecin.</li> </ul>
<b>Patient encombré</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sur prescription médicale</b> : patch anti-sécrétoire. Patient en position semi-assise, aspiration chaque fois que c'est nécessaire.</li> <li>• Effectuer des soins de bouche.</li> <li>• Enlever les sécrétions buccales.</li> </ul>

### ◆ Les manifestations digestives

Symptômes	Soins infirmiers
<b>Troubles de la déglutition</b> (risque de fausse route)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Épaissir les repas.</li> <li>• Donner de l'eau gélifiée.</li> <li>• Varier les goûts de l'eau gélifiée.</li> <li>• Avec accord du médecin : eau gazeuse.</li> </ul>
<b>Atteintes de la muqueuse buccale liées à des mycoses</b> (sources de douleur et de difficultés à s'alimenter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les grilles d'évaluation de l'état buccal du patient (<i>Oral Assessment Guide</i>).</li> <li>• Brosser les dents.</li> <li>• Réaliser régulièrement des bains de bouche, en utilisant des produits médicamenteux si prescrits.</li> </ul>
<b>Nausées et/ou vomissements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner les médicaments prescrits.</li> <li>• Patient en position demi-assise lors des repas.</li> </ul>
<b>Diarrhée ou constipation,</b> (constipation constante si le patient prend des morphiniques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner les médicaments prescrits.</li> <li>• Faire boire le patient régulièrement.</li> <li>• Surveiller le nombre de selles par jour (attention à la constipation sous morphiniques).</li> <li>• Si incontinence et port de protection, la changer régulièrement.</li> </ul>

### ◆ Les manifestations urinaires

- Les plus fréquentes sont l'incontinence et la rétention urinaire.
- Signaler au médecin toute suspicion de rétention urinaire, pour un sondage éventuel.
- Si le patient est incontinent et porte une protection, le changer régulièrement.

### ◆ Les manifestations cutanées

Symptômes	Soins infirmiers
<b>Risque majeur : apparition d'escarres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils de cotation du risque : échelle de Braden, échelle de Norton, échelle de Waterloo...</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feuille de changement de position : changement toutes les 2 à 3 heures.</li> <li>• Matelas anti-escarre et coussins de gel viscoélastiques (patient au fauteuil).</li> <li>• Soins de prévention par effleurage avec huile de massage anti-escarre.</li> <li>• Dispositifs médicamenteux (pansements hydro-cellulaires ou hydro-colloïdes) pour protéger les points d'appui.</li> <li>• Alimentation équilibrée et hydratation indispensables pour lutter contre les escarres.</li> </ul>
<b>Mycoses aux plis cutanés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettoyer à l'eau et au savon et bien sécher les plis cutanés.</li> <li>• Utiliser des produits médicamenteux sur prescription médicale.</li> </ul>

## V ♦ Lois et grands principes

- En 1973, le ministre de la Santé constitue un groupe d'experts sur l'accompagnement des malades en phase terminale. En 1984, est créé le **Comité consultatif d'éthique médicale**.
- Le 28 février 1985, le secrétaire d'État à la Santé met en place un groupe de travail sur « l'accompagnement des mourants ». Ce groupe de travail est constitué de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues, de représentants des cultes, de représentants du mouvement pour le droit de mourir dans la dignité et d'autres associations, d'administrateurs, de la Direction générale de la santé et des hôpitaux. Le rapport signale la **nécessité d'une prise en charge globale des malades** et insiste sur l'importance de la **lutte contre la douleur**. Suite à ce rapport est publiée la circulaire DGS/275/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, dite **circulaire Laroque**, qui a pour objectif de sensibiliser les soignants sur les soins d'accompagnement de fin de vie :

*« Cette circulaire a pour objet de préciser ce que sont les soins d'accompagnement parfois appelés soins palliatifs et de présenter les modalités essentielles de leur organisation compte tenu de la diversité des situations. Les soins d'accompagnement visent à répondre aux besoins spécifiques des personnes parvenues au terme de leur existence.*

*Les soins d'accompagnement comprennent un ensemble de techniques de prévention et de lutte contre la douleur, de prise en charge psychologique du malade et de sa famille, de prise en considération de leurs problèmes individuels, sociaux et spirituels.*

*L'accompagnement des mourants suppose donc une attitude d'écoute et de disponibilité. Cette mission est menée en commun par toute l'équipe qui intervient auprès du malade. Il s'agit d'apaiser les douleurs et l'angoisse, d'apporter le plus possible de confort et de réconfort à celui qui va mourir. Il s'agit aussi d'assurer l'accueil des familles pendant cette période difficile et même plus tard au moment du deuil proprement dit.*

*Le problème du soulagement de la douleur est central dans la démarche d'accompagnement ».*



- La première **unité de soins palliatifs (USP)** française est ouverte après la remise du rapport du groupe de travail « Aide aux mourants ».
- En 1989, la **Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)** est créée. Sa mission est *« de représenter, de stimuler et de faciliter l'action des personnes morales ou physiques impliquées dans le mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie, dans le but de développer et d'améliorer la prise en charge des personnes et la qualité des soins reçus »*.
- En 1991 est lancée une mission d'étude sur le développement des soins palliatifs en France. Le rapport remis en 1993 par la mission d'étude propose *« le développement des soins palliatifs à domicile, la planification des centres de soins palliatifs, l'enseignement et l'information des soins palliatifs »*.
- Le 31 juillet 1991 est votée la loi portant réforme hospitalière qui introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé.
- En 1994, le sénateur **Lucien Neuwirth** se prononce pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur et travaille à l'élaboration de textes en ce sens.
- Le 24 septembre 1998, **Bernard Kouchner** proclame des mesures consacrées à l'amélioration de la prise en charge de la douleur et des malades en fin de vie.
- Le 9 juin 1999 est promue la loi visant à garantir un **droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie**, elle institue aussi un **congé d'accompagnement** :  
*« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. »*
- Le 22 mars 2000, la **Caisse nationale d'assurance maladie** définit par circulaire *« un fonds d'action sanitaire et social pour le maintien au domicile des personnes en fin de vie »*.
- La circulaire du 19 février 2002 définit l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, à travers *« les missions et les modalités de fonctionnement en ce qui concerne les réseaux de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile, la notion de démarche palliative dans tous les services et le concept de lits identifiés soins palliatifs »*. Parallèlement, est lancé le **2<sup>e</sup> programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005**.
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, stipule dans un de ses articles que *« toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun*

traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

- La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « **loi Léonetti** », renforce la loi du 9 juin 1999 et insiste sur les **droits des malades**. Elle stipule que « les traitements dispensés au malade ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et fait obligation de dispenser des soins palliatifs ». Elle accorde des droits spécifiques aux patients en fin de vie, notamment :

- « éviter “l'obstination déraisonnable” en matière de soins. Lorsqu'un acte apparaît “inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie”, l'acte peut être suspendu ou pas entrepris ;

- assurer l'information du patient, d'une personne de confiance, de la famille ou d'un proche, au cas où le traitement envisagé “peut avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie du patient” ;

- rappeler la nécessité de prendre en compte un refus de traitement par le malade, dès lors que si le refus de traitement met en jeu la vie du patient, son refus devra être réitéré si le malade est conscient, tandis que si le malade est inconscient, la décision d'arrêt de traitement sera collégiale. ».

- Certains droits sont **reconnus spécifiquement aux personnes en fin de vie** :

- « refuser “l'obstination déraisonnable” par la limitation ou l'arrêt de tout traitement. Le malade en fin de vie n'a pas à réitérer sa décision, contrairement au malade non en fin de vie. Le médecin doit continuer à dispenser des soins palliatifs ;

- les directives anticipées du patient hors d'état d'exprimer sa volonté peuvent être prises en compte à titre indicatif, si elles ont été signées dans un délai de moins de trois ans. Ces directives sont révocables à tout moment ;

- la personne de confiance (notion créée par la loi du 4 mars 2002) a voix prépondérante sur “tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées” si le malade est inconscient et ne peut manifester sa volonté ».

- Le 24 novembre 2009, a lieu à l'Assemblée nationale un débat autour d'une « proposition de loi relative au droit de finir sa vie dans la dignité ».

- Le **rapport SICARD** est remis en décembre 2012. Il porte sur une « réflexion sur la fin de vie en France ». Le rapport met en avant la mauvaise application de la loi Léonetti et préconise une formation des soignants. Il conseille l'application d'une sédation terminale aux patients qui l'auraient exprimé auprès de leur médecin. Par contre, il rejette le concept d'euthanasie.

- Le 30 juin 2013, l'avis n° 121 du **Comité consultatif national d'éthique (CCNE)** fait les recommandations suivantes :

- le respect des directives anticipées ;



- l'accès pour tous aux soins palliatifs ;
- le respect pour tout patient l'ayant formulé de recourir à une sédation profonde ;
- la fin de toutes les situations d'indignité lors de la fin de vie.

## VI ♦ Les proches

- L'entourage du patient peut vivre difficilement le passage en **phase palliative** de celui-ci. L'équipe de soins palliatifs, les associations et les bénévoles peuvent apporter un soutien, qui peut perdurer même après le décès du patient.
- Un **congé d'accompagnement de solidarité nationale** a été mis en place depuis 1999. Il s'agit d'un congé maximal de 3 mois renouvelable une fois. Des aides financières existent aussi.

## VII ♦ Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement

*« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. »*

- Le **traitement de la douleur et des autres symptômes** est un préalable. L'accompagnement est un ensemble d'attitudes et de comportements adaptés à l'état du malade, souvent angoissé physiquement et moralement.
- L'emploi nécessaire des moyens de lutte contre la douleur se fera avec le souci de ne pas altérer, autant que faire se pourra, **la conscience et le jugement du malade**.
- Sont au même titre considérées comme contraires à cet esprit deux attitudes : l'acharnement thérapeutique (ou obstination déraisonnable) et l'euthanasie. L'**acharnement thérapeutique** peut être défini comme l'attitude qui consiste à poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait comme objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration du malade. Par **euthanasie**, on entendra toute action ayant pour dessein de mettre fin à la vie du malade. Par ailleurs, ce dernier ne sera pas privé, sans raison majeure, et jusqu'à son décès, de sa conscience et de sa lucidité.
- Une **attitude de franchise** vis-à-vis du malade, quant à la **nature** ou au **pronostic** de sa maladie, est généralement souhaitable pour assurer l'accompagnement de la meilleure qualité possible, de même que vis-à-vis de ses proches (sauf avis contraire du malade). Toutefois, les circonstances psychologiques sont trop variées pour que cette recommandation puisse être formulée autrement qu'en termes généraux.
- Pour soutenir la personne en phase critique ou terminale, s'impose l'intervention d'une **équipe interdisciplinaire** comportant, autour des médecins, des membres des différentes professions paramédicales concernées (infirmières et aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.) ainsi que des bénévoles d'accompagnement spécialement formés. Y sont associés les représentants des différentes religions dont se réclameraient les malades. La prise en compte des besoins spirituels, particulièrement en

cette phase de l'existence, est essentielle, dans le respect absolu des options philosophiques et religieuses de chacun.

- Les **bénévoles** qui participent à l'accompagnement du malade sont considérés comme des **collaborateurs de l'équipe de soin** :

- ils veilleront à ce que leur action n'interfère en aucun cas avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux ;

- ils ne devront s'adonner à aucune pratique, technique ou méthode présentée comme étant ou pouvant être une ressource thérapeutique substitutive, adjuvante ou complémentaire de celle prescrite par le médecin ;

- leur rôle est d'écouter et de conforter par leur présence attentive le malade et son entourage en dehors de tout projet pour lui.

Les bénévoles auront été préparés spécialement à cette présence discrète et ils seront soutenus psychologiquement tout au long de leur action.

- Un effort tout particulier pour accueillir et soutenir les familles et les proches est aussi considéré comme une des caractéristiques essentielles des soins palliatifs et de l'accompagnement en soins palliatifs. Les préparer au deuil et éventuellement les soutenir le temps nécessaire après le décès.

- Les équipes de soins palliatifs et d'accompagnement, quel que soit leur lieu d'exercice (unité spécialisée fixe ou mobile, domicile, établissement de soins, institution gériatrique), auront à cœur de contribuer à la formation du personnel médical et paramédical et des bénévoles, ainsi qu'à la propagation des principes énoncés dans la présente charte. Les adhérents à la charte susciteront la création de nouveaux foyers et l'adhésion de nouveaux participants à leur action.

(Source : Charte des A.S.P., énoncée en 1984,  
Mise à jour en 1993 – 1999 – 2000 – 2006)

# Mémo 75

## La prise en charge de la douleur

### I ♦ Définition

La douleur est un signal d'alarme qui permet à chaque individu de se protéger des agressions externes (ex. : le chaud, le froid) et internes (ex. : infarctus du myocarde).

Selon l'IASP (*International Association for Study of Pain*) : « la douleur est une expérience subjective complexe multidimensionnelle composée à la fois d'éléments sensoriels et d'éléments affectifs. Dans bien des situations la composante affective est plus importante. C'est elle qui détermine la motivation à l'action. L'ampleur de la composante affective va être influencée par l'expérience du passé (mémoire) et le contexte présent (éléments cognitifs). »

Ainsi, chaque douleur est perçue différemment car elle est une expérience individuelle. Chaque personne y est confrontée avec son histoire personnelle, son vécu face à la douleur, mais aussi avec ses origines culturelles, sociales, voire religieuses.

### II ♦ La classification des douleurs

- La douleur aiguë : douleur qui sert de signal d'alarme. Elle apparaît consécutivement à une lésion, à un traumatisme, à une chirurgie... Elle est vive, mais cède rapidement aux traitements.
- La douleur chronique : douleur qui persiste depuis plus de 3 mois et répond mal aux traitements. À ce stade, on parle de maladie. Celle-ci retentit sur la vie de la personne atteinte ; elle peut être la cause d'une impotence fonctionnelle et/ou relationnelle (elle peut s'accompagner de dépression). On retrouve comme cause les cancers, les maladies rhumatologiques...
- La douleur par excès de nociception : douleur qui apparaît lors de la stimulation excessive des récepteurs périphériques. La cause de cette douleur peut être due à des lésions tissulaires (ex. : brûlure ou pincement), des processus inflammatoires, des processus ischémiques (ex. : infarctus du myocarde), des fractures ou des entorses... C'est une douleur continue ou intermittente, d'intensité variable, qui ne cède que lorsque la transmission du message vers les centres supra-spinaux est diminuée voire supprimée.
- La douleur neurogène ou neuropathique : douleur liée à la section des nerfs périphériques ou du système nerveux central. Il s'agit d'une douleur continue à type de brûlure ou de décharge électrique. Il existe une hyposensibilité ou une hypersensibilité locale.

La cause de cette douleur peut être due à des infections (ex. : douleurs post-zostériennes),

des troubles métaboliques (ex. : diabète), des traumatismes (ex. : amputation), des compressions nerveuses (ex. : traumatisme médullaire), des toxiques (ex. : alcool, chimiothérapie), des tumeurs ...

- La douleur psychogène : on ne retrouve pas de cause somatique. Il semble que des phénomènes psychologiques amplifient la douleur ressentie.
- La douleur liée aux soins : douleur qui apparaît quand un soin est réalisé, comme lors de pansements, de la pose de sonde à demeure ou de perfusion, de la mobilisation du patient...
- La douleur cancéreuse : une douleur à composantes neurogènes, nociceptives et psychogènes.

### III ♦ L'évaluation de la douleur

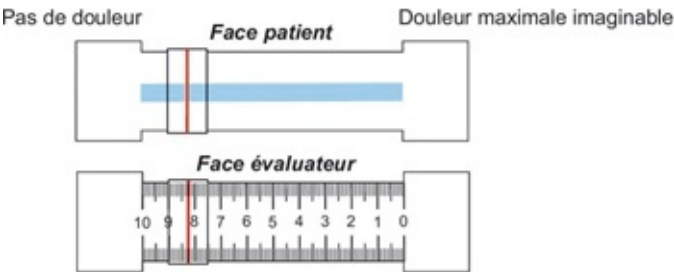
Pour adapter le traitement au patient, il est essentiel d'identifier sa douleur, de la coter, de la qualifier, de connaître sa localisation et quelles répercussions elle a sur lui. Il existe différents outils d'évaluation de la douleur. Certains sont utilisés par le patient communiquant, d'autres par le soignant quand le patient est non communiquant.

L'évaluation de la douleur se fait avant et après chaque prise du traitement médicamenteux prescrit par le médecin. Elle doit se faire régulièrement en début d'administration d'un médicament et après chaque changement de traitement, et jusqu'à ce que le patient soit soulagé. Il est primordial de toujours croire le patient quand il cote sa douleur.

#### ♦ L'évaluation quantitative

Cette évaluation a pour but de répondre à la question « *combien j'ai mal* » (Institut UPSA de la douleur). Elle est utilisée chez le patient communiquant. La même échelle doit être utilisée pour un même patient, car il n'existe pas de corrélation entre elles.

- L'échelle numérique (EN) cote la douleur de 0 à 10, 0 étant une absence de douleur et 10 la douleur maximale imaginable.
- L'échelle visuelle analogique (EVA) est constituée d'une réglette graduée d'un côté (soignant) et de l'autre présentant une ligne (côté patient). Le patient fait bouger le curseur sur la ligne et le place au niveau correspondant à sa douleur.



- L'échelle verbale simple (EVS) cote la douleur de 0 à 4 et donne un qualificatif (intensité) à celle-ci. Le patient choisit le chiffre correspond à sa douleur.

Cotation	0	1	2	3	4

Intensité	absence	faible	modérée	intense	très intense
-----------	---------	--------	---------	---------	--------------

- L'échelle des visages utilisée en pédiatrie et qui permet à l'enfant de plus de 4 ans de montrer le visage qui correspond à sa douleur.  
([www.painsourcebook.ca](http://www.painsourcebook.ca))

### ◆ L'évaluation qualitative

Cette évaluation a pour but de répondre à la question « comment j'ai mal » (Institut UPSA de la douleur). Il s'agit du **Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)** qui analyse les composantes sensorielles et émotionnelles. On évalue ainsi l'efficacité des traitements.

<b>A</b> Battements	<input type="checkbox"/>	<b>J</b> Fatigante	<input type="checkbox"/>
Pulsations	<input type="checkbox"/>	Épuisante	<input type="checkbox"/>
Élancements	<input type="checkbox"/>	Éreintante	<input type="checkbox"/>
En éclairs	<input type="checkbox"/>	<b>K</b> Nauséuse	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	Suffocante	<input type="checkbox"/>
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	Syncopale	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<b>L</b> Inquiétante	<input type="checkbox"/>
Irradiante	<input type="checkbox"/>	Oppressante	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Piqûre	<input type="checkbox"/>	Angoissante	<input type="checkbox"/>
Coupure	<input type="checkbox"/>	<b>M</b> Harcelante	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	Obsédante	<input type="checkbox"/>
Transperçante	<input type="checkbox"/>	Cruelle	<input type="checkbox"/>
Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	Torturante	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Pincement	<input type="checkbox"/>	Supplicante	<input type="checkbox"/>
Serrement	<input type="checkbox"/>	<b>N</b> Gênante	<input type="checkbox"/>
Compression	<input type="checkbox"/>	Désagréable	<input type="checkbox"/>
Écrasement	<input type="checkbox"/>	Pénible	<input type="checkbox"/>
En étou	<input type="checkbox"/>	Insupportable	<input type="checkbox"/>
Broiement	<input type="checkbox"/>	<b>O</b> Énervante	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Tiraillement	<input type="checkbox"/>	Exaspérante	<input type="checkbox"/>
Étirement	<input type="checkbox"/>	Horripilante	<input type="checkbox"/>
Distension	<input type="checkbox"/>	<b>P</b> Déprimante	<input type="checkbox"/>
Déchirure	<input type="checkbox"/>	Suicidaire	<input type="checkbox"/>
Torsion	<input type="checkbox"/>		
Arrachement	<input type="checkbox"/>		
<b>F</b> Chaleur	<input type="checkbox"/>		
Brûlure	<input type="checkbox"/>		
<b>G</b> Froid	<input type="checkbox"/>		
Glace	<input type="checkbox"/>		
<b>H</b> Picotements	<input type="checkbox"/>		
Fourmillements	<input type="checkbox"/>		
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>		
<b>I</b> Engourdissement	<input type="checkbox"/>		
Lourdeur	<input type="checkbox"/>		
Sourde	<input type="checkbox"/>		

1<sup>re</sup> case = cocher

2<sup>e</sup> case = numéroter

De A à I : critères sensoriels

De J à P : critères affectifs

Cotation	0	1	2	3	4
----------	---	---	---	---	---

Intensité	Absent Pas du tout	Faible Un peu	Modéré Moyennement	Fort Beaucoup	Extrêmement fort Extrêmement
-----------	-----------------------	------------------	-----------------------	------------------	---------------------------------

### ◆ Le schéma corporel

Celui-ci permet au patient de localiser les zones douloureuses.



### ◆ L'évaluation de la douleur globale

Il s'agit d'une prise en compte de la souffrance globale du patient, c'est-à-dire des composantes physiques, psychologiques, sociales, familiales, spirituelles de la douleur. Ce concept vient de Cecily Saunders. Cette évaluation par l'échelle *Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)* permet de connaître l'impact de la douleur sur les activités quotidiennes du patient.



Anxiété	Dépression
<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b>	<b>Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</b>
0 Oui, tout autant	0 Jamais
1 Pas autant	1 De temps en temps
2 Un peu seulement	2 Souvent
3 Presque plus	3 La plupart du temps
<b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b>	<b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b>
0 Autant que par le passé	0 Pas du tout
1 Plus autant qu'avant	1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
2 Vraiment moins qu'avant	2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
3 Plus du tout	3 Oui, très nettement
<b>Je suis de bonne humeur :</b>	<b>Je me fais du souci :</b>
0 La plupart du temps	0 Très occasionnellement
1 Assez souvent	1 Occasionnellement
2 Rarement	2 Assez souvent
3 Jamais	3 Très souvent
<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b>	<b>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</b>
0 Jamais	0 Oui, quoi qu'il arrive
1 Parfois	1 Oui, en général
2 Très souvent	2 Rarement
3 Presque toujours	3 Jamais
<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b>	<b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b>
0 J'y prête autant d'attention que par le passé	0 Jamais
1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	1 Parfois
2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	2 Assez souvent
3 Plus du tout	3 Très souvent
<b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b>	<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b>
0 Autant qu'avant	0 Pas du tout
1 Un peu moins qu'avant	1 Pas tellement
2 Bien moins qu'avant	2 Un peu
3 Presque jamais	3 Oui, c'est tout à fait le cas
<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</b>	<b>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b>
0 Souvent	0 Jamais
1 Parfois	1 Pas très souvent
2 Rarement	2 Assez souvent
3 Très rarement	3 Vraiment très souvent

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et du versant dépression : 21 points maximum chacun.

**Résultats** : entre 8 et 10 → état anxieux et dépressif douteux ; au-delà de 10 → état anxieux et dépressif certain.

### ◆ Les échelles d'hétéro-évaluation

Elles sont utilisées chez les patients non communicants. C'est le soignant qui cote la douleur. Pour cela, il observe le comportement du patient.

• L'échelle **DOLOPLUS®** ou échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la



personne âgée présentant des troubles de la communication verbale : elle est basée sur l'observation du comportement de la personne âgée à partir d'une série de 10 items répartis en trois groupes : retentissement somatique, retentissement psychomoteur, retentissement psycho-social.

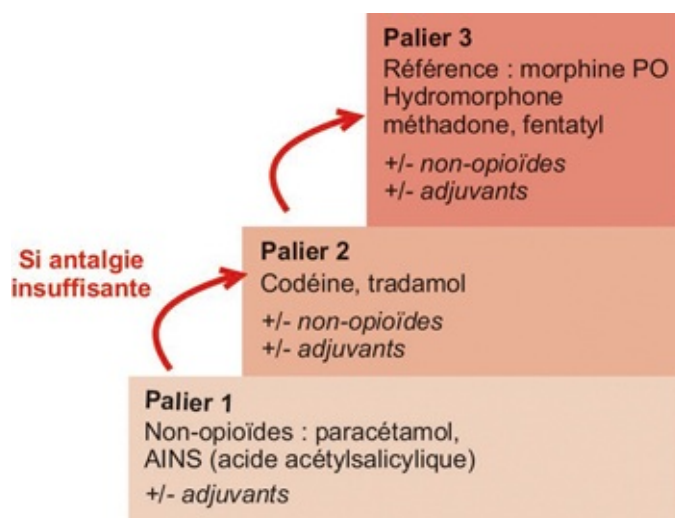
- **L'échelle ALGOPLUS®** : elle évalue la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale par l'observation et la cotation par le soignant des cinq types d'items (visage, regard, plaintes, corps, comportement).
- **L'échelle comportementale de la personne âgée** ou ECPA : l'évaluation de la douleur se fait avant et pendant un soin. Elle nécessite la présence de deux personnes : une qui réalise le soin, l'autre qui observe le patient.

**Remarque.** Il existe une échelle spécifique d'évaluation de la douleur pour les prématurés et les nouveau-nés : l'échelle de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né ou score d'EDIN.

## IV ♦ Le traitement de la douleur

Le traitement doit être personnalisé, en fonction de la pathologie, du type et de l'intensité de la douleur, de ses répercussions sur le quotidien du patient. Le soignant dispense le traitement antalgique médicamenteux sur prescription médicale.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé 3 paliers pour le traitement de la douleur. Le changement de palier se fait quand le traitement d'un palier ne suffit plus à calmer la douleur. Le palier 1 correspond à une douleur légère, le palier 2 va d'une douleur légère à une douleur modérée, le palier 3 quant à lui va d'une douleur modérée à une douleur sévère.



Parallèlement l'OMS préconise un traitement personnalisé par voie orale, donné à intervalles réguliers, dans le respect des 3 paliers.

- **Le palier 1** : il s'agit des **antalgiques non opiacés**, qui servent à soulager les maux de tête, les douleurs dentaires ou de règles, les douleurs musculaires... On trouve comme médicaments le paracétamol, l'ibuprofène, le kétoprofène, le néfopam. Le paracétamol potentialise le traitement morphinique donné conjointement.

- **Le palier 2** : il s'agit des **antalgiques opioïdes faibles**, qui sont utilisés pour soulager les douleurs non soulagées par les antalgiques de palier 1. On trouve la codéine, la codéine associée au paracétamol, le tramadol, le tramadol associée au paracétamol.
- **Le palier 3** : il s'agit des **antalgiques opioïdes**, qui sont utilisés dans le cas de douleurs aiguës ou chroniques comme dans les cancers, les douleurs post-opératoires ou les douleurs chroniques non cancéreuses. On trouve la morphine (chlorhydrate ou sulfate), l'oxycodone, le fentanyl et le citrate de fentanyl, la nalbuphine, la buprénorphine, l'hydromorphone, la méthadone. La prescription de ces médicaments se fait sur ordonnance sécurisée.

### ◆ Modalités d'administration des traitements

- Voie veineuse.
- *Per os* (PO) avec :
  - des médicaments à libération prolongée (LP) et des médicaments à libération immédiate ;
  - des comprimés à application buccale à libération immédiate ;
  - des solutions buvables.
- Patches transdermiques.

### ◆ Les effets indésirables de la morphine

- Constipation.
- Nausées et vomissements.
- Somnolence.
- Troubles neuropsychiatriques (ex. : troubles de la conscience, hallucinations, anxiété).
- Myoclonies : mouvements musculaires involontaires.
- Effets respiratoires (épaississement des sécrétions broncho-pulmonaires).
- Dysurie et rétention urinaire.
- Sueurs.
- Prurit.

Ces effets ne sont pas tous présents en même temps chez le patient et avec la même intensité.

### ◆ Modification du traitement

Le changement d'un traitement opioïdes par un autre se fait en fonction de la réponse au traitement en cours et de ses effets indésirables. La **balance bénéfices/risques** d'un changement de traitement doit être réalisée. Un tableau de conversion des opioïdes est utilisé.

### ◆ Les co-antalgiques et adjuvants

Ces traitements sont préconisés dans les paliers de l'OMS

	Traitement	Action
<b>Action antalgique</b>	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Douleurs osseuses, articulaires
	Antidépresseurs tricycliques et antiépileptiques	Douleurs neurogènes
<b>Action adjuvante</b>	Corticostéroïdes	Cedème tumoral, inflammation
	Benzodiazépines	Anxiolytique, sédatif, myorelaxant
	Neuroleptiques	Anxiolytiques et/ou sédatifs
	Antidépresseurs	Antidépression
	Anti-ostéoclastiques	Douleurs osseuses par métastases

### ◆ Les traitements analgésiques non médicamenteux

Ils viennent en compléments des traitements médicamenteux et sont axés sur le confort et le bien-être du patient. On retrouve des méthodes de stimulation thermique (le chaud et le froid), des techniques de massage par mobilisation active ou passive, le drainage lymphatique, la kinésithérapie, l'acuponcture, la relaxation, la sophrologie, la musicothérapie, la stimulation électrique transcutanée ou TENS (indication médicale)... Ces différentes méthodes seront proposées au patient qui choisira celles qui lui conviendront le mieux.

Il convient de soutenir et de rassurer le patient, d'être présent quand il le demande, d'avoir une attitude empreinte d'empathie, d'instaurer une relation de confiance soignant-soigné. Et surtout d'aider le patient à garder son autonomie, et à se réapproprier son corps. Une aide psychologique pourra être proposée au patient et à son entourage.

# Mémo 76

## Les structures de prise en charge

*Le patient peut être pris en charge en institution ou à domicile. La qualité des soins est la même quel que soit son choix. Les équipes qui s'occupent du patient ont la même conception éthique des soins qu'ils dispensent. La France compte 122 unités de soins palliatifs, 418 équipes mobiles de soins palliatifs et 5 000 lits dédiés aux soins palliatifs. On compte en plus 200 associations, soit 5 000 bénévoles d'accompagnement de la fin de vie.*

### **I ♦ En institution**

- Les **unités de soins palliatifs (USP)** sont des structures qui gèrent les situations en phase terminale. Ces lits accueillent les patients pour une courte durée. La décision de l'admission se fait conjointement par le médecin du patient et le médecin de l'unité, en accord avec le patient et l'entourage.
- Les **équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** se déplacent au sein d'un établissement de soin ou à domicile, pour aider et conseiller les soignants qui prennent en charge le patient.
- Les **lits dédiés aux soins palliatifs** sont des lits d'un service qui sont identifiés « soins palliatifs » Ils permettent de faire le lien entre le domicile et l'établissement de soin.

### **II ♦ À domicile**

L'hospitalisation à domicile nécessite une coordination des soins. Celle-ci passe par le médecin traitant du patient, un(e) infirmier(e), une équipe de soins palliatifs, un aide-soignant, un(e) kinésithérapeute, un(e) psychologue, des bénévoles... De plus, l'entourage du patient doit être en capacité de s'occuper au quotidien de celui-ci.

- L'**hospitalisation à domicile (HAD)** : cette structure est en lien avec un établissement de soins. Le patient est pris en charge à sa sortie de l'hôpital par un(e) infirmier(e) et, si besoin, un(e) aide-soignant(e). La structure fournit tous les dispositifs médicaux dont le patient à besoin.
- Les **réseaux de soins** reposent sur la collaboration volontaire sur un territoire donné de professionnels de santé de spécialités différentes : médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens, travailleurs sociaux. À ceux-ci s'ajoutent les bénévoles.

## Mémo 77

# La gestion émotionnelle des soignants face à la fin de vie

***Travailler dans un service de soins palliatifs requiert de la part du soignant une bonne connaissance de lui-même.***

- Les situations difficiles, complexes auxquelles il est confronté exigent une **réflexion éthique**. Il doit trouver un juste compromis entre les besoins et désirs du patient, les espoirs de l'entourage, et ce que lui dictent le code de déontologie et la loi.
- La décision de mettre en place certains traitements doit être débattue **en équipe pluridisciplinaire** pour que tous comprennent l'objectif des soins et y participent activement. À cette équipe pluridisciplinaire doivent être associés le patient et son entourage (si le patient le désire).
- Des liens se créent entre les patients, l'entourage et les soignants. Quand les soignants sont confrontés quotidiennement à la souffrance et à la mort, cela génère en eux des sentiments parfois douloureux. Eux aussi doivent **faire le deuil des patients décédés**.
- Les soignants ont **leur propre histoire de vie** qui influence leur prise en charge. Dans leur vie personnelle, ils peuvent être confrontés à des situations de souffrance similaires. Il est malaisé dans ce cas-là de prendre en charge un patient sans se sentir personnellement impliqué.
- Il est essentiel de **parler en équipe des difficultés rencontrées**, des doutes qui surviennent. Une aide psychologique peut aider à passer un moment difficile. En l'absence de soutien, les soignants risquent l'**épuisement**, voire le **burn out**, avec au bout le risque d'une erreur thérapeutique.

## UE 4.8 - Qualité des soins et évaluation des pratiques

- >>> [Mémo 78 - Qualité et qualité des soins](#)
- >>> [Mémo 79 - Indicateurs et critères de qualité](#)
- >>> [Mémo 80 - Les normes de bonnes pratiques](#)
- >>> [Mémo 81 - Démarche et analyse de qualité](#)
- >>> [Mémo 82 - La certification des établissements de santé](#)
- >>> [Mémo 83 - Les acteurs du développement de la qualité](#)
- >>> [Mémo 84 - L'évaluation des pratiques professionnelles](#)
- >>> [Mémo 85 - Participation des soignants à la qualité des soins](#)

# Mémo 78

## Qualité et qualité des soins

### I ♦ Introduction

Le concept de la **qualité** est assez ancien et fait l'objet d'une littérature abondante. En effet, donner une définition de la qualité est fonction du point de vue et des attentes de chacun : le patient donnera une définition différente de celle du professionnel de santé.

Cependant, la qualité peut être aussi abordée par ses aspects négatifs, c'est-à-dire : la « non-qualité ». Cette non-qualité a de nombreuses appellations : accident, défaillance, difficulté, dysfonctionnement, erreur, gaspillage, incident, problème. La non-qualité a son prix.

### II ♦ Définition

- On retiendra la définition la plus récente de la qualité : « *aptitude d'un ensemble des caractéristiques d'un produit, d'un système, d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées* ». (Norme ISO 9000 : 2000)

« *L'objectif n'est pas faire mieux mais de faire aussi bien que nécessaire.* »

- En matière de soins, la qualité est définie en 1987 par l'OMS comme une « *démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin* ».

- La qualité des soins est jugée par sa **conformité à des attentes ou des normes**.

### III ♦ Objectifs de la démarche qualité

#### ♦ En quoi consiste-t-elle ?

- L'engagement de la direction.
- L'implication, la formation et la motivation du personnel.
- La création des équipes de pilotage.
- La définition de l'état actuel, définir la méthode pour le mesurer.
- La définition des objectifs à atteindre.
- Le déploiement des objectifs, la définition des responsables.
- La mise en place de plans d'action.
- Les contrôles des différences entre résultats et objectifs.



- La définition des actions correctives.

### ◆ **Que permet-elle ?**

- L'optimisation du fonctionnement et l'organisation des structures.
- Une réduction des dysfonctionnements.
- Une satisfaction totale des patients, notamment par :
  - l'amélioration des circuits de communication ;
  - l'élaboration de procédures claires ;
  - la participation et l'adhésion des professionnels.

# Mémo 79

## Indicateurs et critères de qualité

### I ♦ Les indicateurs qualité

- Dans le domaine du soin, exprimer ce qu'est une prise en charge de qualité est complexe. Prenons l'exemple d'un patient admis à l'hôpital pour subir une appendicectomie. Selon le point de vue des différents intervenants, les attentes ne seront pas les mêmes :
  - pour le soignant, effectuer un pansement dans les règles d'asepsie est un élément de prise en charge de qualité ;
  - pour le patient, ce même soin est de qualité car non algique ;
  - du point de vue des proches, une sortie précoce est un signe d'une bonne prise en charge ;
  - pour le chirurgien, l'absence de risque iatrogénique peut être un élément de la qualité de la prise en charge.

**Remarque.** Les professions médicales et paramédicales ont plus une obligation de moyen que de résultat.

- Afin d'objectiver ces attentes et de comparer les écarts entre le résultat attendu et celui obtenu, le ministère de la Santé et la Haute Autorité de santé (HAS) ont mis en place des **indicateurs qualité** qui permettent l'évaluation de la prise en charge des usagers pour l'ensemble des établissements de santé.
- Le recueil se fait en alternance sur deux ans à l'aide de deux catégories d'indicateurs :
  - indicateurs portant sur la lutte contre les infections nosocomiales ;
  - indicateurs de qualité de prise en charge du patient (IPAQSS, indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).
- Ces indicateurs qualité permettent :
  - aux établissements d'établir des **programmes d'action et de formation** en lien avec les résultats attendus ou obtenus par la méthodologie de l'évaluation continue ;
  - de **comparer** les prises en charges entre établissements ;
  - d'accéder aux **besoins d'information des usagers** en mettant à disposition les résultats des évaluations (arrêté du 6 janvier 2012) ;
  - la conduite des politiques régionales et nationales en étant intégré aux **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**.
- Il existe à ce jour 18 indicateurs concernant les **secteurs MCO** (médecine, chirurgie,

obstétrique) :

Indicateurs transversaux		Indicateurs de spécialités
Indicateurs obligatoires		
Indicateurs portant sur la lutte contre les infections nosocomiales généralisées par la DGOS	Indicateurs de qualité de prise en charge du patient (IPAQSS), généralisés par la HAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2 : <b>ICALIN.2</b>.</li> <li>Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 2 : <b>ICSHA.2</b>.</li> <li>Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire : <b>ICA-LISO</b>.</li> <li>Indicateur composite de bon usage des antibiotiques : <b>ICATB</b>.</li> <li>Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes : <b>ICA-BMR</b>.</li> <li>Taux triennal de <i>Staphylococcus aureus</i> résistants à la méticilline.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenue du dossier patient.</li> <li>Qualité et délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.</li> <li>Évaluation de la douleur.</li> <li>Dépistage des troubles nutritionnels : mesure du poids du patient adulte.</li> <li>Tenue du dossier anesthésique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateurs <b>infarctus du myocarde</b>.</li> <li>Indicateurs du thème <b>AVC</b> (prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral).</li> <li>Indicateur du thème <b>PP-HPP</b> (prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat).</li> <li>Indicateurs du thème <b>DIA</b> (qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques).</li> </ul>
Indicateurs optionnels		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Indicateur CDEI</b> (conformité des demandes d'examens en imagerie) dans les établissements de santé ayant une activité d'imagerie.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Indicateurs du thème OBE</b> (prise charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte).</li> <li>Indicateurs du thème <b>SAD</b> (prise en charge du sevrage du patient alcoololo-dépendant).</li> </ul>

• Un nouvel indicateur est mis en place depuis 2014 : la **satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS)**.

## II ♦ Les critères de qualité

Pour chaque indicateur qualité, des critères spécifiques sont élaborés, ils reposent sur des recherches bibliographiques et scientifiques.

### Exemple de l'indicateur ICALIN.2

*On recherchera les critères suivants.*

- **Organisation :**

- politique et l'implication des instances ;
- équipe opérationnelle d'hygiène ;
- information des usagers et du patient ;
- signalement des infections nosocomiales.

- **Moyens :**

- humains ;
- matériels ;
- formation du personnel.

- **Actions sur la prévention et l'évaluation relatives à :**

- la protection du personnel ;
- l'hygiène des mains ;
- les précautions standards et complémentaires ;
- les infections associées aux gestes invasifs ;
- l'environnement ;
- la surveillance ;
- l'analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.

Source : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Cet indicateur permet d'objectiver l'implication de l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

- L'indicateur **ICSHA.2** correspond à la quantité de solution hydro-alcoolique utilisée et est un reflet du respect des règles d'hygiène.
- L'indicateur **ICA-LISO** permet d'objectiver l'implication de l'établissement dans la lutte contre les infections du site opératoire (organisation, moyens et actions mis en place en chirurgie ou en obstétrique).
- L'indicateur **ICATB** évalue le bon usage des antibiotiques en associant des objectifs de bénéfice pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
- L'indicateur **ICA-BMR** permet d'évaluer les moyens mis en œuvre pour limiter la diffusion des BMR.
- L'indicateur **Taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline** reflète le nombre de patients porteurs de SARM pris en charge dans l'hôpital, que ces SARM aient

été acquis dans l'hôpital ou importés de ville ou d'autres hôpitaux. Il reflète les efforts faits par l'hôpital pour maîtriser la diffusion des SARM.

- **Les indicateurs de qualité de prise en charge du patient (IPAQSS)** : l'évaluation de la bonne tenue du dossier de soin permet d'évaluer la coordination entre les différents professionnels et la qualité de la pratique professionnelle.

- **Les indicateurs de spécialité** renseignent sur la pratique des professionnels de santé dans certaines pathologies. Par exemple, pour l'indicateur infarctus du myocarde, il doit être retrouvé dans le dossier de soins :

- des prescriptions à la sortie de 4 classes médicamenteuses (hors contre indication) bêtabloquants, aspirine, statine et IEC ;
- la prescription d'un bilan lipidique à distance ;
- les actions de prévention (conseils hygiéno-diététique, tabac).

# Mémo 80

## Les normes de bonnes pratiques

### I ♦ Définition

- Historiquement issues de l'industrie, les **normes** sont des règles permettant de fixer la réalisation d'une opération dans le but d'uniformiser la pratique et de garantir un résultat identique (normes ISO).
- Dans le domaine de la santé, les normes de bonnes pratiques sont le fruit de recherches bibliographiques et scientifiques en corrélation avec les textes réglementaires relatifs à l'exercice de la profession. Elles répondent au besoin de qualité des usagers, aux exigences de l'exercice professionnel et aux orientations de politique de santé.

### II ♦ Organisation des normes

- Les normes de bonnes pratiques sont découpées en quatre chapitres : l'arrivée, le séjour, la sortie de la personne soignée et les aspects généraux de l'exercice professionnel. Chaque chapitre est ensuite décliné en normes :

Thèmes	Normes
<b>L'arrivée</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les soins immédiats.</li><li>• Le dossier de soins infirmiers.</li></ul>
<b>Le séjour</b>	
<b>Le projet de soins infirmiers</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'identification des problèmes de santé.</li><li>• Le projet de soins infirmiers.</li></ul>
<b>Les interventions infirmières auprès de la personne soignée</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'acte de soins infirmiers.</li><li>• Les protocoles de soins infirmiers.</li><li>• La coordination et la continuité des soins.</li></ul>
<b>Les prises en charge particulières</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La prise en charge de la douleur.</li><li>• La prise en charge de la souffrance.</li><li>• L'accompagnement des personnes en fin de vie.</li><li>• Soins aux personnes en situation d'exclusion.</li><li>• Soins aux personnes présentant un comportement violent.</li></ul>
<b>La participation de l'infirmière à la</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La prévention du risque infectieux.</li></ul>

<b>qualité des soins dispensés dans l'institution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sécurité transfusionnelle.</li> <li>• La matériovigilance.</li> <li>• Le développement continu de la qualité des soins.</li> </ul>
<b>La sortie de la personne soignée</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La continuité des soins en vue de la sortie.</li> <li>• Les soins d'accompagnement lors du décès.</li> </ul>
<b>Aspects généraux de l'exercice professionnel</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La maîtrise des risques professionnels.</li> <li>• La collaboration avec les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques.</li> <li>• L'encadrement des stagiaires.</li> <li>• L'accueil et l'intégration de nouveaux collègues.</li> <li>• La contribution au développement des soins infirmiers.</li> </ul>

- Pour chaque norme, il est décrit :
  - les **caractéristiques de ressources/structures**, c'est-à-dire : l'architecture, l'équipement, le matériel, les qualifications et expériences des professionnels, la politique de l'établissement et du service de soins infirmiers, l'organisation des soins.
  - les **caractéristiques de processus** : il s'agit de toutes les actions relevant de la compétence et de la responsabilité infirmière.
  - les **caractéristiques de résultats** : il s'agit des effets bénéfiques attendus pour la personne soignée par les interventions infirmières effectuées soit par l'infirmière seule, soit en collaboration en équipe pluriprofessionnelle.

### Exemple de norme : l'accueil

Dès l'arrivée, la personne soignée et ses proches bénéficient d'un accueil personnalisé favorisant leur adaptation au lieu de soins ou de vie.

#### Caractéristiques de ressources/structure

- L'infirmière dispose :
  - d'une procédure d'accueil actualisée et validée ;
  - d'un livret d'accueil de l'établissement et le cas échéant du service de soins.
- La charte du patient hospitalisé est affichée dans le service de soins.
- Un lieu adapté est identifié pour accueillir les proches des personnes soignées.
- Chaque soignant est identifié sur sa tenue professionnelle par son nom et sa fonction.
- Les tenues professionnelles sont adaptées au lieu d'exercice.



- L'organisation du service répond aux conditions nécessaires à l'accueil de personnes soignées.
- Le plan de formation de l'établissement prévoit une formation à l'accueil.
- La politique du service infirmier favorise la coordination entre professionnels paramédicaux médicaux et la participation de la personne soignée et de ses proches.

### **Caractéristiques de processus**

- L'infirmière organise, dès que possible, un entretien d'accueil avec la personne soignée et/ou ses proches pour :
  - recueillir les informations concernant la personne soignée et son environnement, dans le respect de ses droits et des règles professionnelles ;
  - informer la personne soignée des démarches à réaliser, des possibilités et/ou contraintes liées à l'hospitalisation.
- L'infirmière conduit cet entretien d'accueil dans un lieu respectant la confidentialité et l'intimité des échanges, elle utilise un langage clair et adapté au niveau de compréhension de la personne soignée.
- L'infirmière s'assure de la compréhension de la personne soignée après toute explication.
- L'infirmière favorise l'expression de la personne soignée par une écoute attentive.
- L'infirmière favorise les contacts entre l'équipe soignante et la personne soignée et/ou ses proches.
- L'infirmière transmet par écrit et oralement toutes informations et observations utiles à l'identification des symptômes, des risques et des pathologies.

### **Caractéristiques de résultats**

- L'accueil de la personne soignée est immédiat.
- La personne soignée est capable de s'orienter dans le service de soins et d'identifier les membres de l'équipe soignante.
- La personne soignée connaît ses droits et ses devoirs.
- Les résultats des enquêtes de satisfaction du patient révèlent que la personne soignée et ses proches sont satisfaits de l'accueil du personnel infirmier.

Ces normes s'accompagnent de recommandations, protocoles, procédures adaptés aux établissements, au contexte de soins.

## **III ♦ Les recommandations**

Selon l'HAS, les **recommandations de bonne pratique (RBP)** sont définies dans le champ de la santé comme « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ».

- Elles reposent sur une **démarche scientifique rigoureuse** (littérature scientifique, avis d'expert, résultat de recherche).

- Ces recommandations définissent une feuille de route pour l'élaboration des **procédures**, **protocoles** et **fiches techniques**.
- Elles peuvent porter par exemple sur :
  - la stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 ;
  - le bon usage des agents antiplaquettaires ;
  - la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.

## **IV ♦ Les protocoles**

D'après l'ANAES, il s'agit d'un « *descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer* » à une population, à un type de pathologie.

- Le protocole indique l'objectif à atteindre et les **normes de bonne pratique** à appliquer.
- Il permet au soignant d'adapter le soin aux **besoins du patient** et au **contexte de soin**.
- Il repose sur des recherches bibliographiques, des recommandations.
- Par exemple :
  - un protocole insuline qui détermine la dose d'insuline à administrer en fonction de la glycémie capillaire relevée par l'infirmier à une fréquence donnée pour un patient identifié ;
  - un protocole pour le traitement d'une plaie d'escarre déterminant le type de dispositif médical à utiliser en fonction du stade de l'escarre.

## **V ♦ Les procédures**

« Dans le cadre d'une démarche qualité, la **procédure** est la manière spécifiée d'accomplir une activité » (Norme ISO 9000).

Par exemple la procédure du lavage des mains simple décrit l'action à accomplir, de la préparation du matériel jusqu'à l'élimination des déchets, ainsi que de la méthode à appliquer.

# Mémo 81

## Démarche et analyse de qualité

### I ♦ La démarche qualité

C'est une obligation de l'ensemble des établissements de santé réaffirmée par la loi du 21 juillet 2009 dite **loi HPST** (hôpital, patients, santé et territoires) dont deux des objectifs sont :

- la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et d'une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés aux activités ;
- la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins publiés chaque année.

La **démarche qualité** est une approche organisationnelle qui utilise des méthodes et des outils spécifiques et adaptés. Il s'agit d'une démarche participative des professionnels concernés.

#### ♦ Objectifs

- Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Apporter une prise en charge au patient adaptée à ses besoins et à l'évolution des sciences.
- Établir une relation de confiance entre les usagers et les professionnels.
- Garantir à l'établissement l'efficacité des processus (rapport qualité/coût).

#### ♦ Les 4 fondamentaux de la démarche qualité (modèle de la roue de Deming)

- Déterminer les objectifs à atteindre.
- Mettre en œuvre les actions.
- Vérifier la mise en œuvre.
- Définir les priorités d'amélioration.

## >>> Roue de la qualité



Voir *Mémo 84 Évaluation des pratiques professionnelles*

## II ♦ Différentes méthodes

### ♦ Les 6 méthodes d'amélioration de la qualité de la HAS

- La **revue de pertinence des soins (RPS)** permet d'améliorer l'efficacité des soins au patient et d'optimiser les ressources. Elle repère les admissions ou les journées non pertinentes, en établit les causes et met en place des plans d'action. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés.
- La **revue de mortalité morbidité (RMM)** a pour objectif l'analyse de tous les décès et de certains événements morbides survenus dans un service.
- Le **chemin clinique** est une méthode centrée autour du patient, elle s'appuie sur la description d'une prise en charge optimale selon les règles de bonnes pratiques. Elle permet de planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant la même pathologie.
- L'**audit clinique** mesure les écarts entre la pratique professionnelle observée et celle attendue. Il peut porter sur l'ensemble d'un processus de prise en charge du patient, sur un thème transversal ou sur l'organisation et les ressources de l'institution.
- L'**audit clinique ciblé** porte sur une partie d'un processus, un acte ou un élément de l'organisation et des ressources de l'établissement.
- La **maîtrise statistique des processus en santé** est une méthode basée sur le suivi chronologique d'indicateurs préétablis. Cette méthode permet de suivre le comportement de ces indicateurs en analysant leur variation.
- L'une ou l'autre de ces méthodes, mises en œuvre par les équipes médicales, doivent permettre de réaliser cette « *évaluation des pratiques cliniques intégrée à l'exercice quotidien* » promue par la HAS et rendue obligatoire par le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005.

## ◆ Autre méthodes

D'autres outils, guides, documents de référence et démarches ayant pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité existent (liste non exhaustive).

- La **gestion des risques** est une démarche collective d'identification et d'évaluation des risques liés aux soins, elle met en place des actions et leur suivi grâce au retour d'expérience.
- Les **outils d'autoévaluation et de sécurisation de l'administration des médicaments** permettent l'analyse du processus d'administration du médicament et la maîtrise du risque lié à l'erreur médicamenteuse évitable.
- Les **indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)** évaluent la coordination entre les différents professionnels et la qualité de la pratique professionnelle par la bonne tenue du dossier de soins.
- L'**évaluation de la pratique professionnelle** est l'analyse de la pratique en référence à des recommandations, incluant la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des pratiques.
- La **certification des établissements de santé** est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Elle permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

# Mémo 82

## La certification des établissements de santé

### **I ♦ Article L. 6113-3 du Code de la santé publique**

1. Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification (ordonnance Juppé de 1996).

2. Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement (loi du 13 août 2004).

- Une procédure obligatoire, conduite tous les 4 ans, par une autorité administrative indépendante.
- Un référentiel spécifique.
- Une procédure propre :
  - une auto-évaluation ;
  - une visite ;
  - un rapport qui fonde une décision.
- L'intervention de pairs : les experts-visiteurs.
- La décision par le collège de la HAS.

### **II ♦ Synthèse**

La certification des ES est un dispositif d'évaluation externe spécifique des établissements de santé ; les visites étant réalisées par des experts-visiteurs (pairs).

- Rôle de régulation de la qualité et de la sécurité des établissements de santé.
- Dispositif complémentaire des dispositifs de planification, d'autorisation et d'inspection.
- Dispositif indépendant du financeur.
- Transparence assurée par la publication du rapport.

### **III ♦ Les objectifs de la certification**

- Avoir une reconnaissance de conformité par rapport à un référentiel d'assurance qualité par des organismes indépendants, impartiaux et rémunérés.

- Garantir la mise en place d'un système qualité.
- Clarifier les relations et les missions au sein d'un service.
- Reconnaissance externe de la conformité du système qualité.
- Gage d'amélioration continue de la qualité.
- L'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères thématiques jugés prioritaires : les **pratiques exigibles prioritaires : PEP** (ex. : Critère 12a – Prise en charge de la douleur).

## **IV ♦ Une procédure avec 5 niveaux**

1. Certification.
2. Certification avec recommandation(s).
3. Certification avec réserve(s).
4. Décision de surseoir à la certification d'un établissement :
  - 4.1 : *si au moins une réserve majeure identifiée ;*
  - 4.2 : *si avis défavorable à l'exploitation des locaux (sécurité incendie).*
5. Non certification (possible en première intention).

La démarche de certification a contribué au développement de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé.



# Mémo 83

## Les acteurs du développement de la qualité



### I ♦ L'HAS

Depuis les années 1980, la politique de santé s'est tournée vers la gestion de la qualité et de la sécurité des soins. À cette fin, le gouvernement crée en 1989 l'**ANDEM** (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) qui deviendra l'**ANAES** (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 1996 et initiera la procédure d'accréditation des établissements de santé, dont l'objectif est de développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

Elle est remplacée par la **Haute Autorité de santé (HAS)** en 2004. C'est une autorité publique indépendante à caractère scientifique qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité.

- Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique.
- Elle produit des **recommandations** et met en place les **évaluations** des pratiques professionnelles.
- Elle est en charge d'assurer la mise en place de la **certification des établissements de santé**.

### II ♦ L'ANSES

Créée le 1<sup>er</sup> juillet 2010, cette agence a pour missions :

- la veille ;
- l'expertise ;
- la recherche sur un large champ couvrant la santé humaine, la santé et le bien-être

animal et végétal.

L'**Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** :

- évalue ainsi de manière transverse les risques et les bénéfices sanitaires en y intégrant l'apport des sciences humaines et sociales ;
- transmet ses avis et recommandations aux pouvoirs publics ;
- rend systématiquement publics ses travaux.

### **III ♦ L'INPES**

Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)** a pour mission la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

### **IV ♦ L'INVS**

Créé par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'**Institut de veille sanitaire (INVS)** a vu ses missions renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ses missions sont :

- la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population ;
- la veille, la vigilance et l'alerte sanitaire.

### **V ♦ L'EFS**

L'**Établissement français du sang (EFS)** a été créé par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Sa mission est d'assurer l'autosuffisance de la France en produits sanguins dans des conditions de sécurité et de qualité maximales.

### **VI ♦ L'ANSM**

Créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé, l'**Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** a pour missions :

- d'offrir un accès équitable à l'innovation pour tous les patients ;
- de garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après autorisation de mise sur le marché.

### **VII ♦ L'Agence de biomédecine (ABM)**

Créée par la loi de bioéthique du 6 août 2004, l'**Agence de biomédecine (ABM)** exerce ses missions de respect des règles de sécurité sanitaire, d'éthique et d'équité dans les domaines du prélèvement et de la greffe, de la procréation, de l'embryologie et de la

génétique humaines.

## **VIII ♦ Les établissements de santé**

Redéfinis par la loi du 21 juillet 2009 dite « **HPST** », les établissements de santé ont pour missions de prodiguer des soins curatifs et palliatifs, de prévention sanitaire, d'enseignement, de formation professionnelle et de recherche scientifique.

## **IX ♦ DGS**

Réorganisé par le décret du 11 mai 2007 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de la Santé et modifiant le Code de la santé publique, la **Direction générale de la santé (DGS)** :

- définit les politiques et programmes de santé publique ;
- coordonne les actions de veille et de sécurité sanitaire ;
- assure le développement de la prévention et l'animation des opérateurs chargés de la mise en œuvre des politiques de santé.

## **X ♦ Représentant des usagers**

Le représentant des usagers est membre d'une association agréée par le ministère de la Santé. Il est le porte-parole des usagers dans les commissions et les instances pour lesquelles il est mandaté. Ses missions sont de garantir le respect des droits des usagers du système de santé et de contribuer à l'amélioration qualitative de celui-ci.

## **XI ♦ Textes de référence**

Ces différentes agences sont portées par une volonté politique qui se traduit par de nombreux textes de référence tels que :

- **La loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière : « *les établissements de santé publics et privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toutes actions concourant à la prise en charge du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficience* ».
- **La loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a pour objectif de développer la démocratie sanitaire et d'améliorer la qualité du système de santé.
- **La loi du 21 juillet 2009** dite « loi HPST » (hôpital, patients, santé et territoires) dont deux des objectifs sont :
  - la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et d'une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés aux activités ;
  - la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins publiés chaque année.
- **La charte de la personne hospitalisée** qui traite, entre autres, de la garantie de la qualité



de l'accueil, des traitements et des soins.

# Mémo 84

## L'évaluation des pratiques professionnelles

### I ♦ Définition

Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles définit celle-ci comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* ».

*L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 « a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé.*

*Elle vise à **promouvoir** : la qualité, la sécurité, l'efficacité, l'efficience des soins et la prévention et plus généralement, la santé publique dans le respect des règles déontologiques.*

*Cette démarche d'EPP est intégrée à l'exercice médical.*

*C'est une **démarche structurée** : d'amélioration des pratiques, d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux patients par les professionnels de santé.*

*La **méthode** consiste à comparer régulièrement les pratiques réelles et les résultats obtenus, avec les pratiques attendues décrites dans les recommandations professionnelles. Le constat d'écarts entre la pratique et la référence doit conduire à mettre en œuvre des **actions correctives**, à les **évaluer** et à les **suivre**.*

*L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue et aujourd'hui, du développement professionnel continu ».*

### II ♦ Historique de l'EPP

En matière de sécurité sanitaire, le **principe d'évaluation** est un principe fort, une démarche de recherche de connaissance qui s'appliquait dans un premier temps aux médecins et qui s'est étendue à tous les professionnels de santé. Entretenir, voire enrichir ses connaissances est une **obligation déontologique**.

C'est une suite de **crises sanitaires** (sang contaminé, amiante, hormone de croissance...), qui a conduit à construire la sécurité sanitaire. Chaque nouvelle crise a le plus souvent suscité la création d'agences sanitaires.

### ◆ ANDEM, ANAES et HAS

- En 1988, Claude Evin, alors ministre de la Santé, crée une petite structure sous forme d'association privée : l'**Agence nationale pour le développement et l'évaluation médicale (ANDEM)**. Malgré le peu de moyens et de personnels dont elle dispose, l'ANDEM va faire un travail remarquable avec les sociétés savantes médicales. Ceci lui permettra de s'imposer progressivement comme structure légitime et reconnue par la communauté scientifique et médicale. Ce sont les professionnels entre eux qui évaluent et qui imposent des recommandations. Elle a pour missions :

- d'établir l'état des connaissances médicales ;
- de développer, tester et expérimenter les méthodes permettant d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, relate que : « les établissements de santé publics et privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toutes actions concourant à la prise en charge du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficience ».

Ainsi, à partir de 1991, l'EPP fait officiellement son apparition dans le Code de santé publique.

- En 1996, le plan Juppé (réforme de la sécurité sociale) transforme l'ANDEM en **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)**. Elle devient une grande agence. L'évaluation est devenue un standard. L'ANAES rend obligatoire l'accréditation des établissements de santé dans un délai de cinq ans.

- En 2004, l'ANAES deviendra la **Haute Autorité en santé (HAS)**, structure d'État avec autorité scientifique indépendante, qui s'impose, produit des recommandations et met en place les évaluations des pratiques professionnelles.

L'évaluation des pratiques va être plus difficile à mettre en place, car elle suscite la crainte du contrôle et du jugement chez une grande partie du corps médical.

### ◆ Création des EPP

- En 1998, naît le principe des **EPP des médecins libéraux** sur une base de volontariat.
- En 2004, l'EPP va être réformée. On passe d'un mode volontaire à un mode obligatoire : la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie précise que la formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. Elle est **obligatoire pour tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux**. L'obligation de formation continue est satisfaite, notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.
- En 2009, l'EPP sera intégrée à la formation médicale continue pour devenir le **développement professionnel continu**. Progressivement, l'EPP va rentrer dans les mœurs. Elle se définit par l'analyse de la pratique en référence à des recommandations, incluant la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des pratiques.

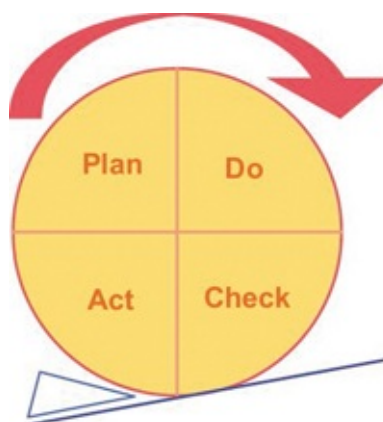
## III ◆ Méthodologie : étapes, outils et principes d'une EPP



## A. Les étapes d'une EPP

Les EPP s'inscrivent d'une manière générale dans le **modèle de William Deming**. Il démontre que l'obtention de la qualité est dépendante de l'implication de tous les acteurs de l'entreprise : les clients, les fournisseurs, les actionnaires et la collectivité. De plus, elle repose sur la maîtrise des processus basés sur un cycle dynamique et itératif, appelé « roue de Deming » ou « roue de la qualité », qui comprend quatre étapes distinctes (en anglais le *PDCA* : *Plan, Do, Check, Act*) se succédant indéfiniment :

- **plan** ou « **planifier** » : planification et préparation du travail, identification des professionnels et des structures impliquées et organisation des étapes successives de l'étude ;
- **do** ou « **faire** » : réalisation, exécution des tâches prévues ;
- **check** ou « **vérifier** » : confrontation des données recueillies au référentiel correspondant à une « pratique idéale » et constatation d'écarts entre les deux ;
- **act** ou « **réagir** » : correction au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur pratique pour réduire les écarts avec le référentiel, identification des nouveaux points d'intervention et redéfinition des processus si nécessaire.



Pour éviter de « revenir en arrière », on représente une cale sous la roue qui l'empêche de redescendre et qui symbolise un système qualité, une amélioration continue de la qualité.

## B. Les outils de l'EPP

La HAS a rendu publics plusieurs démarches ou programmes reconnus comme démarches d'EPP, classés selon le type d'approche.

### ◆ Approche par comparaison

- L'**audit clinique** est une méthode de comparaison. Elle mesure les écarts entre la pratique clinique observée et la pratique optimale exprimée dans des références admises que sont les recommandations de bonnes pratiques.
- L'**audit clinique ciblé** utilise la même méthodologie que l'audit clinique, mais limite l'étude à un thème très précis. Ainsi, son délai de réalisation est court, les actions d'amélioration sont immédiates et la charge de travail est plus légère. La méthode fait toujours référence à un protocole (un référentiel de pratique), une grille de recueil des



données, et impose un **bouclage**, donc une réévaluation.

- La **revue de pertinence** évalue l'adéquation des soins et l'utilisation des ressources aux besoins des patients. On peut réaliser des revues de pertinence des soins, des admissions, des journées d'hospitalisation, des prescriptions médicamenteuses, d'examens complémentaires (d'imagerie, de biologie...). Appliquée aux hospitalisations, elle permet de repérer les journées non pertinentes, d'en rechercher les causes, d'en déduire des plans d'actions pour améliorer la prise en charge des patients.

#### ◆ **Par processus**

- La **maîtrise statistique des processus en santé** consiste en la mesure, l'exploitation et le suivi chronologique d'indicateurs qualité préétablis, sur des thématiques porteuses d'enjeux d'amélioration.
- Le **chemin clinique** décrit *a priori* les différentes étapes de la prise en charge du patient en suivant son parcours dans l'établissement (ou dans le service) pour une pathologie donnée. C'est un outil de planification, de rationalisation, de standardisation et d'analyse d'une prise en charge *a priori* pluridisciplinaire : coordonner les soins, les intervenants, les traitements, les examens para-cliniques, les consultations, la surveillance, les actions de prévention, d'éducation sanitaire... et les résultats attendus.

#### ◆ **Par problème**

- La **revue de morbi-mortalité** analyse les décès (non prévisibles à cause de l'état de santé du patient) et certains accidents morbides au sein d'un service. L'analyse se fait en équipe pluridisciplinaire. L'objectif est de porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge, de s'interroger sur le caractère évitable de l'événement (morbide ou léthal), de rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge et de proposer des actions correctives.

#### ◆ **Par indicateurs : mise en place et analyse d'indicateurs**

Les étapes de l'EPP :

1. Choisir le thème de l'évaluation et le justifier.
2. Définir l'objectif de l'évaluation.
3. Choisir la méthode/l'outil d'évaluation.
4. Le cas échéant, préciser le référentiel d'évaluation ou si nécessaire le construire.
5. Définir les acteurs et leurs responsabilités, décrire l'organisation de l'évaluation.
6. Recueillir les données et les informations.
7. Analyser les résultats et mettre en évidence les écarts avec la pratique attendue.
8. Établir un plan d'actions d'amélioration et de réévaluation.
9. Définir un plan de communication.

Différentes **thématiques** peuvent être choisies dans l'EPP, toujours centrée sur la prise en charge du patient. La finalité est :

- le maintien de certains résultats obtenus ;
- l'amélioration par des actions concrètes de ceux qui s'avèrent insuffisants.

C'est cette **amélioration** qui est visée par l'EPP. Son intérêt de l'EPP réside dans la démarche qu'elle engendre : amener à conceptualiser la pratique, la formaliser en s'appuyant sur les connaissances bibliographiques, puis définir ce que l'on souhaite améliorer et le mettre en œuvre au quotidien.

# Mémo 85

## Participation des soignants à la qualité des soins

### I ♦ Textes réglementaires

La démarche qualité et la qualité des soins font partie intégrante de la pratique des professionnels, elles sont décrites dans le décret de compétences du 29 juillet 2004, ainsi que dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier :

*« L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation.*

*Les soins préventifs, curatifs, palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.*

*Ils ont pour objet dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. »*

Une des normes de bonne pratique, soumise par le ministère de la Santé, intéresse la relation entre la profession infirmière et la qualité des soins :

#### **Norme 4 – Le développement continu de la qualité des soins**

L'infirmier(e) contribue à l'amélioration de la qualité des soins en collaboration avec les autres acteurs institutionnels. L'infirmier(e) est garant(e) de la qualité des soins infirmiers qu'il/elle dispense. Il/Elle évalue et améliore la qualité de sa pratique.

La qualité est aujourd'hui entrée dans le champ sanitaire. Ce concept et ses applications concernent l'infirmier(e) dans sa pratique. L'implication et la contribution de l'infirmier(e) à l'amélioration continue de la qualité au niveau institutionnel sont essentielles.

#### **Caractéristiques de ressources/structure**

- Une politique qualité est formalisée dans l'établissement. Elle contient des objectifs précis qui sont connus des professionnels.
- Un programme de gestion de la qualité organise des actions d'évaluation et d'amélioration sur des thèmes prioritaires.
- La direction du service de soins infirmiers s'implique dans la définition et la mise en œuvre de la politique qualité au niveau institutionnel et au niveau des soins infirmiers.
- Le directeur du service de soins infirmiers favorise l'implication et la participation des

infirmiers dans le programme de gestion de la qualité.

- Des formations sont proposées aux infirmier(e)s sur la qualité, ses méthodes et outils.
- Un système de gestion documentaire favorise l'accessibilité, la lisibilité et l'actualisation des procédures, protocoles, des informations/recommandations professionnelles, des textes réglementaires.
- L'infirmier(e) dispose d'une assistance méthodologique pour conduire des actions qualité.
- Un système est en place et permet le signalement et le traitement des problèmes ou dysfonctionnements ou événements indésirables rencontrés par les professionnels de l'établissement.

### **Caractéristiques de processus**

- L'infirmier(e) connaît la politique, le projet et le système qualité de l'institution et les recommandations pour la pratique infirmière.
- L'infirmier(e) exerce son métier :
  - en ayant le souci d'apporter un soin de qualité adapté aux besoins des personnes soignées ;
  - en actualisant ses connaissances professionnelles ;
  - en appliquant les recommandations existantes, y compris celles des autres institutionnels, GBEA, procédures de radiologie... ;
  - en assurant dans son domaine de compétence le bon fonctionnement de l'unité ;
  - en participant à l'élaboration de tous documents nécessaires à sa pratique.
- L'infirmier(e) contribue à l'amélioration de la qualité des soins en participant aux projets et actions qualité de l'établissement.
- L'infirmier(e) évalue et améliore :
  - la qualité de sa prise en charge infirmière ;
  - la qualité de sa pratique et des actes techniques qu'il/elle dispense.
- Il/Elle repère et transmet au cadre infirmier tous problèmes de non qualité liés à sa pratique ou au fonctionnement de l'hôpital.

### **Caractéristiques de résultats**

- L'infirmier(e) a la possibilité de participer aux actions qualité conduites dans l'établissement. Il/Elle a connaissance des résultats des évaluations qualité et des enquêtes de satisfaction des usagers.
- Les indicateurs de qualité définis par la direction du service de soins infirmiers évoluent de façon satisfaisante.
- Les résultats des évaluations de la pratique infirmière montrent une amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

Source : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## **II ♦ L'infirmier acteur de la qualité des soins au quotidien**

- Participer à des groupes de travail en interne de leur unité type RMM, EPP, ou d'une thématique particulière (ex. : prise en charge de la personne en fin de vie dans le service de pneumologie).
- Participer à des groupes institutionnels : référent CLIN, CLAN, pharmacie, etc.
- Participer à l'élaboration de procédures, de protocoles et les mettre en pratique.
- Signaler les dysfonctionnements, les événements indésirables.
- Critiquer, analyser et évaluer sa pratique en lien avec les différentes réglementations et textes fondamentaux.
- Adapter la prise en charge du patient en fonction de la pathologie, des besoins de la personne soignée, du contexte en lien avec la déontologie, l'éthique et les pratiques professionnelles.
- Appliquer la traçabilité et les règles liées aux matériels et dispositifs médicaux (ex. : document de traçabilité du chariot d'urgence, suivi des températures du réfrigérateur médicaments, fiche de suivi des péremptions de la pharmacie du service).
- S'assurer du fonctionnement du matériel dont il a la responsabilité.
- Dispenser une information fiable et éclairée au patient.
- Mettre en œuvre les soins relevant de son rôle propre.
- Appliquer les règles de transmissions écrites et de bonne tenue du dossier de soins.
- Maintenir et améliorer ses compétences tout au long de son exercice professionnel.



©Editions **FOUCHER**

11 rue Paul Bert  
92247 Malakoff Cedex

A bientôt sur nos publications numériques

Composition et publication électronique  
Maury Imprimeur

